RUXANDRA RĂȘCANU

Alcool și droguri:

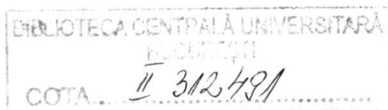
„virtuți" și capcane pentru tineri

(abordare psihosocială)



Editura Universității din București
2004

Referenți științifici: Prof. dr. **Iolanda Mitrofan**
Prof. dr. **Nicolae Mitrofan**



Șos. Panduri, 90-92, București – 050663; Telefon/Fax: 410.23.84
E-mail: editura@unibuc.ro
Internet: www.editura.unibuc.ro

Tehnoredactare computerizată: ***Victoria Iacob***

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
RĂȘCANU, RUXANDRA
Alcool și droguri: „virtuți" și capcane pentru tineri / Ruxandra Rășcanu – București: Editura Universității din București, 2004
164 p.
Bibliografie
ISBN 973-575-908-X

316.613.81+613.83



Cuprins

În loc de prefață

Realitatea socială percepută în mod diferențial nu este doar un reflex al unicității fiecăruia dintre noi ci și un sumum de situații, evenimente, relații, schimbări pe care omul modern face eforturi să o decodifice. Științe dintre cele mai diferite, cercetări de tip inter- și multidisciplinar de multă vreme încearcă răspunsuri la probleme vechi și mereu actuale.

Una din aceste probleme complexe, terifiante, cu implicații incomensurabile pentru individ ca și pentru familie, grup, comunitate este comsumul de droguri, fie ele licite (admise) ori ilicite.

Periculos este consumul de tutun, periculos este consumul de alcool (în anumite cantități și condiții) periculoase sunt medicamentele mai ales cele autoadministrate (substanțe psihoactive) dar așa numitele droguri ilicite (fie ele „ușoare" sau „tari") nu mai sunt de mult enigme pentru specialiștii domeniului. Mai trist și îngrijorător este că, deși se fac o serie de eforturi și cercetări amănunțite și bine structurate, rezultatele au un prea mic impact în rândul consumatorilor, mai ales al tinerilor, față de părinți, profesori, de organisme și organizații etc.

Explicațiile pe care le oferă consumatorii sunt dintre cele mai diverse, dar nu rezolvă problema de fond: tentația, pofta de a ingera și mai ales intrarea în stadii avansate ale dependenței, marasmul sevrajului ca și tabloul sumbru al recăderilor.

Despre toate aceste aspecte (sintetic redate aici) s-a scris și se scrie continuu, și în România și în multe țări cu mai multă

experiență în consumul, tratamentul și eforturile de tip profilactic – respectiv despre abordarea sistemică.

Terminologia folosită, substanțle care modifică funcționalitatea SNC, abuzul unor produși dintre cei mai diverși, toleranța supradoza, politoximania ca și o serie de alte teme nu sunt nicidecum în situația de a epuiza problematica drogului și mai ales a implicațiilor pentru oameni, în special pentru tineri.

Munca în echipă, cunoașterea riscurilor de a deveni dependent de drog, atitudini de empatie, cooperare și mai ales acceptarea psihosocială și morală a tinerilor consumatori ori chiar dependenți au intrat definitiv între responsabilitățile tuturor celor dornici de influențare pozitivă și mai ales ale psihologilor, ale psihoterapeuților – deveniți elemente sine qua non în intervenția complexă în acest spațiu al fenomenologiei drogurilor.

Materialul prezent este un crâmpei al muncii utile în domeniu, este un start pe scale nelimitată a aprofundării și concretizării eforturilor atât de necesare în România din ce în ce mai „activă” în consumul, traficul și chiar producerea de droguri.

Ținem să aducem mulțumirile noastre sincere tuturor acelora care au contribuit la conturarea prezentei lucrări, mai ales absolventelor Nicoleta Stan, Raluca Georgiana Ivașcu, Iulia Broască, Doctorandei Denisa Stoica și nu în ultimul rând specialiștilor din A.N.A. și conducerii acesteia. Numai împreună vom ajunge în sufletul și în casele tinerilor, în familiile lor, în stradă, în cartiere mărginașe, în discoteci, unde se consumă continuu droguri și vom colabora eficient cu specialiștii care pot contribui la un veritabil parteneriat benefic pentru persoanele deziluzionate, persoane confuze, persoane triste, frustate și persoane stresate.

Rămâne ca necesitate și dorință permanentă să găsim o metodologie unitară de identificare a consumatorilor, de intervenție cu atât mai mult cu cât „alinierea” la standardele europene generale vor impune modoficări și inovații cât mai adecvate specificului românesc.

Autoarea

INTRODUCERE – ARGUMENT

Tot mai frecvent tinerii ori adulții, femei ori bărbați, săraci ori bogați, instruiți sau neșcolarizați doresc să facă totul pentru ca, deși ei fiind aceiași, în coordonatele generale **să apară altfel**, să fie altul, alta, să fie „șarmanți". Este lesne de înțeles că în acest context se apelează la alcool, la tutun, la droguri, care într-adevăr pot schimba dispoziția. Ele ne pot face pentru un scurt timp „seducători", dar puțini știu cât sunt de periculoase, cât sunt de nocive pentru organism și care într-o perioadă care nu poate fi anticipată cu exactitate ele ajung să marginalizeze, chiar să excludă din viața socială.

Drogurile, de diverse tipuri, au fost și sunt considerate niște pilule „magice" a căror compoziție moleculară este bine cunoscută de chimiști, medici, farmaciști. Autori consacrați în domeniu le denumesc „sărace molecule milenare" care din negura timpurilor sunt sacralizate, dar care în realitate nu ne fac ființe supranaturale ci ne mint, fiind de fapt, o monedă cu 2 fațete. Una din fațete este cea care creiază șarmul, iar cealaltă este cea care ne face să devenim dependenți, să ne schimbăm comportamentul, să evităm și chiar să ne ferim de familie, să ne pierdem prietenii, locul de muncă etc.

Există credința că licite ori ilicite, **drogurile** ne pot modifica, schimba dispoziția, de dorit în bine, dar ele ne dau inițial iluzii, vise care de multe ori sfârșesc prin tentative de suicid și suicid.

Acceptate sau ilegale, drogurile tentează din varii motive multe persoane: băuturile din orice magazin, tutunul de oriunde, iar substanțele ilegale (ilicite) din locuri și zone nesperat de diferite, aureolate de ideea de „nepermis", „ascuns", „interzis".

Generic, **dorința de a le consuma**, tentația inițială irezistibilă, ușor și greu în același timp de detectat la puberi și adolescenți de către părinți, profesori și prieteni stă la baza explicării mecanismului neuropsihofiziologic și a dificultății de adecvare a tratamentului de detoxifiere, urmat de psihoterapii pe perioade de la 6 luni la 18 luni, uneori chiar pentru 2 ani.

Interzise ori nu de lege, cu atitudini diferite în țări și culturi diferite, drogurile au devenit de mulți ani veritabile „industrii accesibile" datorită dealerilor, traficanților, consumatorilor.

În orice țară ori zonă de pe glob pot apărea plante cultivate din care să se prepare droguri sau, mai nou, se fabrică în totalitate în laboratoare, de cele mai multe ori clandestine.

Percepția populației despre droguri este diferită, dar multe persoane cu traume, stresate, depresive, instabile, structuri friabile le consideră ca pe ceva normal de consumat, ca pe ceva care creiază stări deosebite, care ne fac „încântători", uitând în mod conștient sau mai puțin conștient că tot ele – **drogurile** – ne fac să fim marginalizați și chiar excluși din grup, din comunitate.

În același timp, societățile omenești chiar dacă încearcă să limiteze consumul de tutun și alcool (doar în unele religii alcoolul este total interzis) nu pot eticheta o persoană care bea vin sau coniac drept un toxicoman. Studii recente, extrem de laborioase arată că este mai ușor de explicat dependența și polidependența cuiva dacă a debutat cu uzul alcoolului, tutunului, cu excesul acestora pentru a-și „netezi" drumul spre hașiș sau heroină.

Ca o concluzie generală la care au ajuns numeroși cercetători dintre cei mai diferiți ca formație științifică este aceea conform căreia drogurile cunoscute din vechime au devenit treptat, mai ales în timpurile moderne, o afacere profitabilă.

Tinerii care îşi asumă riscul de a consuma droguri ilicite ar trebui să cunoască legea şi implicaţiile pe care le reprezintă încălcarea ei pentru că decizia de a consuma şi abuza de drog este în cele din urmă decizia personală, nu este hotărârea altuia sau a altora.

Moleculele din care sunt alcătuite drogurile au forţa unei veritabile „capcane" pentru suflet, pentru psihicul uman şi, fie că e vorba de haşiş ori cocaină, doza necesară pentru a deveni dependent variază de la un individ la altul.

Motivele pentru care unele persoane se simt puternic atrase de drog sunt extrem de diferite şi greu de explicitat,dar ceea ce pare a fi acceptat este că ele reprezintă un **pericol major pentru organism**, o adevărată capcană atât pentru cei avizaţi, dar mai ales pentru cei neinformaţi.

Mai mult ca oricând, din perspective diferite – mai ales medicale şi psihosociale – **apariţia şi reapariţia sevrajului**, se încearcă explicarea tentaţiei de a consuma, dificultatea abstinenţei, insuccesul tratamentelor.

În multe ţări, în prezent, alcoolul şi unele din medicamente (antidepresivele) sunt considerate „droguri acceptate" şi multe persoane le folosesc pentru a-şi schimba dispoziţia, starea şi realitatea în care trăiesc încercându-se „suprimarea" consumului acestora „de la rădăcină". Aceasta, cu toate că se ştie şi se înţelege că folosirea alcoolului sau/şi a antidepresivelor modifică starea de spirit, percepţia realităţii sau a ambelor. Sub impulsul lor – împreună sau separat – viaţa pare mai uşoară şi dificultăţile vieţii par pentru moment estompate, aplanate.

Sub influenţa drogurilor consumatorilor li se pare că au o capacitate de muncă mai mare, că au o creativitate mai evidentă, că au performanţe semnificative (mai ales tinerii), că le dispar angoasele (mai ales femeile), se instalează un calm aparent în care contactele (relaţiile) cu familia ori prietenii se ameliorează, dar toate sunt doar iluzii şi se transformă destul de rapid într-un veritabil coşmar.

Medicii, psihologii, părinții pot observa (în consens cu specialiştii cei mai avizați din domeniu) că după consumul inițial se instalează o stare plăcută de euforie (la doze mari) sau „brutal" poate apărea obişnuința, iar efectele scontate de consumator îşi pierd din intensitate. Atunci, persoana care a consumat drogul mai mult timp şi a devenit sclavul lui, caută senzațiile cunoscute, iar pentru revenirea la nivelul anterior, la nivelul dorit, organismul „pretinde" doze mărite. Pentru a mări dozele consumatorul nu este totdeauna pregătit psihic, fizic şi material (drogul totdeauna costă), fapt ce îl va determina să facă o serie de combinații sperând că însumând substanțele acestea vor „difuza" în organism şi el va retrăi starea care începe „să-i lipsească precum aerul".

Intrarea clară într-o **fază critică**, atât pentru consumator dar mai ales pentru familia nepregătită, pentru medic şi psiholog impune ca aceştia împreună să adapteze disponibilitățile şi tratamentele medicopsihosociale.

În diverse țări, dar şi în România, din ce în ce mai frecvent sunt percepute relativ discret afirmații de genul: „nu mai pot trăi fără haşiş, coca etc.". Acest risc este valențat de trăirile în plan psihic, din care pacientului i se pare că nu mai poate ieşi, că ar fi nevoie de un efort supraomenesc.

Totuşi, dacă nu toți consumatorii ajung la acest risc, la supradoză, la sinucidere, trebuie spus că în acelaşi timp toate drogurile prin ambivalența lor devin extrem de importante şi în acelaşi timp la fel de periculoase pentru om, pentru sănătatea şi viața lui.

Dacă abordarea problemelor de toxicologie şi psihopatologie sunt într-un oarecare acord ştiințific tematica efectivă a cercetărilor se adânceşte continuu.

S-au studiat riscurile dependenților de drog legate de diverse situații, care sunt veritabile programe pentru sănătatea mentală şi pentru psihologia sănătății. Între acestea enumerăm:

– transmisia HIV (SIDA);

– băutorii şi jucătorii de jocuri de noroc frizând patologicul;

– sinucideri – alcoolism – dependența de drog;

– impulsivitate şi încercarea de evadare din mediul dependenților de drog;

– corelații între modificări EEG şi jucătorii patologic, droguri, familie şi comportament antisocial;

– percepția „neşansei" alcoolicului şi relația cu normele (tradițiile) culturale;

– comorbiditate şi consum de drog;

– terapii cognitiv-comportamentale şi adolescenții dependenți, jucătorii patologic anonimi şi deteriorarea abilităților de adaptare;

– sport şi supradozaj, etc.

Concepte precum: dependență sau adicție („addiction"), consum sau obişnuință, toleranță sau violență – toate îşi au rolul şi importanța lor în efortul conjugat al specialiştilor, al organizațiilor nonguvernamentale dar mai ales a celor de care depind elaborarea strategiilor la nivel național pentru ca „moartea albă" să nu mai secere vieți la început de drum.

Strategiile naționale anti-drog (incluzând consumul de alcool) pot şi trebuie concepute pe baza informațiilor complexe din acest domeniu, pe baza cunoaşterii profunde a **pericolelor-capcană**. În acelaşi timp, este nevoie de defrişarea unor căi mai puțin accesibile ale psihismului uman pe care mulți încearcă să le traverseze singuri sau în grup. Aceştia sunt de regulă într-o mare nesiguranță, într-o bulversare în care nu ştiu să ia decizii bune pentru ei, oricum, sunt într-o **suferință psihică** din care pot învăța cu ajutorul specialiştilor cum să iasă, cum să reziste, cum să se schimbe – condiția este ca aceştia să îşi dorească efectiv aceasta şi nu doar familia ori prietenii.

Nici pe departe nu putem transmite tot ce am acumulat şi structurat în ultimii ani în câmpul dependenței de drog în plan clinic şi psihosocial. Ne considerăm încă datori față de cititori – studenți şi specialişti, părinți, profesori, jurişti, ziarişti, polițişti, şi lista poate continua – prin acest material care este încă un start în plan teoretic, dar mai ales practic.

Pagini din istoria drogurilor*

„Înscriindu-se în istoria omenirii încă de la începuturile existenței sale – probabil din epoca de piatră – toxicomania a însoțit și a înrobit generații" (C. Gorgos, 1985, p. 353). Omul a utilizat ierburi, rădăcini, frunze pentru calmarea durerilor. Opiumul a fost utilizat în scopuri medicale de cel puțin 3500 de ani. Antichitatea a cunoscut efectele psihofarmacologice ale opiumului și cannabisului, recomandate ca medicamente de către Hipocrat și Galenius. Arbustul de coca este cunoscut de pe vremea civilizației incașe pentru efectele euforizante și afrodisiace obținute după consumul extrasului din frunzele sale. Administrate corect și rațional, drogurile au fost o binefacere pentru medicină. Din nefericire însă, ele au început să fie folosite abuziv, devenind progresiv o gravă problemă a umanității, un adevărat dezastru social.

Epoca antică

Încă de la apariția sa omul a consumat unele substanțe de origine vegetală, nu pentru a se hrăni, ci pentru a trăi o stare tranzitorie de euforie și confort psihic. Din antichitate oamenii au

* Material redactat împreună cu Raluca Georgiana Ivașcu, absolventă a Facultății de Psihologie și Știința Educației, Universitatea din București.

recunoscut această proprietare a băuturilor alcoolice şi a câtorva plante, folosite încă în acelaşi scop şi în prezent.

Descoperirea proprietăţilor excitante sau stupefiante ale unor plante au reprezentat pentru popoarele primitive o achiziţie importantă de cunoştinţe în domeniul ştiinţelor naturii.

Generic se poate considera ca un semn de civilizaţie faptul că popoarele primitive nu se mulţumeau doar cu alimentele, cu hrana obişnuită, ci erau preocupate şi atrase de consumul unor excitanţi artificiali ai sistemului nervos.

Încă egiptenii cunoşteau macul din care se extrage opium pe care ei îl utilizau câteodată ca medicament, iar altădată ca otravă. În Egipt cânepa indiană era des prizată cu două mii de ani î.Ch., în această societate drogul se consuma în special pentru a uita suferinţele cotidiene, senzaţia de foame şi oboseală, dar se consuma şi pentru a se „apropia" mai mult de divinitate, sub controlul marilor preoţi.

La asirieni, popor care ocupa zona mijloace a bazinului Tibrului, cânepa făcea parte din liturghie: cine vroia să se închine lui Assur trebuia să o consume.

Orientul este cel care a descoperit eficacitatea incontestabilă a acestei plante împotriva unor maladii: textele hinduse aduc dovada beneficiului terapeutic atât asupra psihicului cât şi asupra somei (drog care provoacă atât crize cât şi halucinaţii). *Rauwolfia serpentina* era utilizată ca inductor al somnului la copil, şi ca agent calmant al agitaţiei psihomotorii.

Şi de la sumerieni (popor ce a trăit cu cinci mii de ani î.Ch., în regiunea Golfului Persic) s-au găsit printre primele mărturii scrise despre relaţia strânsă, ciudată şi fascinantă a omului cu drogurile. Pe o ideogramă a sumerienilor opiumul este pentru ei sinonimn cu „bucurie". Încă Herodot evoca în câteva dintre scrierile sale virtuţile terapeutice ale opiumului.

Părintele medicinei, Hippocrate, iniţiatorul observaţiei clinice, prefera să recurgă la tratamente simple, el preconiza şi îndemna pe elevii săi să lase natura să acţioneze, dar recunoaşte faptul că opiumul putea îndepărta senzaţia de rău.

Homer, în *Odiseea*, ne dezvăluie secretul Elenei: ea prepara pentru Telemach o băutură care îl făcea pe acesta să uite de durerea şi de nefericirea sa. Bineînţeles că nimeni nu-i cunoştea compoziţia, dar după afirmaţiile filosofului Teofrost făcute mult mai târziu (sec. al III-lea î.Ch.) Elena prepara un suc de opium.

Romanii cunoşteau atât macul cât şi opiumul. Poetul Virgiliu aminteşte despre aceasta în *Eneida* şi în *Georgice*. Plinius, autorul unei vaste enciclopedii a timpului sau „*Istoria naturală*" explică cum se poate obţine opiumul din mac. Galenus, primul medic modern a influenţat ştiinţele medicale din perioada secolului al II-lea până în secolul al XVII-lea al erei noastre. În ceea ce priveşte terapeutica, el face o referire la „teriac", un preparat farmaceutic utilizat împotriva muşcăturilor de şarpe, care conţine şaptezeci de ingrediente: mierea dădea consistenţă, iar opiumul reprezenta substanţa cea mai activă.

Pe aceiaşi linie, în Grecia antică, la fel ca în Roma, alcoolul extras din struguri era o „băutură de onoare".

Alchimiştii la sfârşitul dinastiei Han din China, (între secolele II–IV), posedau "pudra celor cinci pietre". Acest drog era în totalitate de origine minerală extras din stalactite, cuarţ, ametist sau ocru şi menţinut în alcool cald. Se administra în doze mici şi avea virtuţi sedative şi euforizante. De la primele picături el dădea senzaţia de „foc în corp" şi necesitatea de răcoare în mediul înconjurător, pentru o compensare a acesteia. Era indispensabil pentru o mai bună asimilare a drogului, ca persoana respectivă să meargă pe jos cât mai mult, în acest timp persoana intoxicată pierdea rapid noţiunea timpului. Procesul de îmbătrânire prematură era foarte rapid la aceşti subiecţi care, angajaţi pe această cale, nu aveau cale de întoarcere, realizând un veritabil **suicid lent**. În cursul sec. III–IV consumul „pudrei celor cinci pietre", asociate cannabisului, s-a răspândit masiv în China.

Acest prim gen de toxicomanie la scară largă s-a dezvoltat ca un fenomen al „şocului civilizaţiei", ea nefiind fundamentată pe vreun ritual sau justificată de vreo practică religioasă.

În Evul Mediu, în ciuda existenței unei diversități de medicamente, pudre, elixiruri, unguente, farmacopeea occidentală era foarte săracă. Dualismul drogului a fost evidențiat de aventura tragică a Isoldei şi a lui Tristan: ei au băut elixirul dragostei, dar nu au cunoscut bucuria fără durere, drogul fiind o oglindă cu două fețe.

Paracelsus, încă din secolul al XIII-lea, actualiza teoriile lui Galenus şi Avicenna, utilizând în chirurgie extractul de opium – laudanum, care îndepărta suferința pacienților chirurgicali.

Cânepa indiană era puțin utilizată în medicina europeană, fiind privită ca un „drog al spiritului". După ce Coranul a interzis consumul de alcool, acest drog a început să fie foarte utilizat de către musulmani. În funcție de puritate şi de doză, cânepa indiană avea efecte euforizante, stimulante sau halucinogene. Se pare că aceste „calități" l-ar fi fascinat pe Marco Polo.

Se crede că între secolele XII–XV incaşii au trăit trei secole de „glorie". Medicina lor era arhaică, dar ei cunoşteau efectele drogurilor vegetale. În Codex Badanius este prezent un text scris de un medic indian din Santa Cruz care chiar dacă nu avea cunoştințe ştiințifice, avea în schimb o mare experiență: erau descrise 251 plante, cifră absolut extraordinară pentru anul 1552, an în care nici în Orient nici în Occident nu se ştiau atâtea plante.

În prezent se apreciază că incaşii au ignorat opiumul, cânepa indiană, ceaiul şi cafeaua; în schimb ei utilizau coca. Populația din Mexic fuma tutunul sub formă de țigări sau pipe. Ei mestecau fragmente dintr-un mic cactus-peyotl, ce avea efecte halucinogene foarte puternice. Astăzi se ştie faptul că principiul activ al acestuia este mescalina, rezervată de către azteci ritualurilor religioase, dar şi consumului liber. Aceştia cunoşteau şi unele ciuperci cu efecte asemănătoare acestui cactus.

După Paracelsus, opiumul a ocupat un loc important în medicină, când englezul Sydenham a lămurit efectele laudanumului în 1660. Numeroşi indivizi au consumat chiar în abuz acest

preparat. Burghezia engleză utiliza „pudra de Dover" – un remediu terapeutic legat de opium şi consumat în primii ani ai secolului al XVIII-lea.

Dependența de opium sau opiomania se dezvoltă la mijlocul secolului al XIX-lea, când au apărut centre unde se fuma opium, centre semiclandestine, atât la Paris cât şi în marile porturi franceze: Marsilia, Bordeaux, Toulon.

Procesul de colonizare a Indochinei a făcut ca opiumul să fie mult mai accesibil francezilor, iar la sfârşitul secolului al XIX-lea în Franța numărul centrelor unde se putea fuma nestingherit opium s-a mărit considerabil.

Thomas de Quincey, autorul celebrelor „*Confesiuni*" – 1822, poate fi considerat unul din primii toxicomani moderni. El privea ca şi în prezent toxicomania din perspectivă culturală, ca obiect al cercetării medicale dar şi ca obiect al tentativelor de control şi interdicție.

Sfârşitul secolului al XVIII-lea este marcat de dorința unor cercetători de a purifica opiumul. Armand Seguin în 1804 a reuşit să obțină extrasul de opium, adică nişte cristale incolore care nu erau altceva decât morfina. Descoperirea oficială a acesteia i-a revenit lui Friedrich William Serturaer în 1819, care i-ar fi dat şi numele de morfină (de la Morfeu – „zeul somnului").

Această substanță nu avea nici un efect când era administrată pe cale orală, dar era eficientă când era administrată subcutanat, grație seringii – inventată de Charles Gabriel Pravaz în 1850. Astfel, morfina a fost foarte mult folosită ca anestezic încă din timpul războiului din 1870.

Chimistul german Dreser, pornind de la morfină, a sintetizat un nou produs mult mai puternic: heroină, comercializată ca medicament din 1898.

În aceeaşi perioadă, cocaina a apărut în Europa, ea a fost utilizată ca anestezic din 1860. Frunzele de Coca aduse din Peru

de Karl von Schwerzer au *„dezvăluit” secretul lor* chimistului german Albert Niemann în 1859.

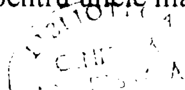
În Europa, cocaina a substituit opiumul şi morfina în timpul primului război mondial. Medicii au observat primele stări de dependenţă la militari şi la membrii înaltei societăţi. În paralel, coloniile mediteraneene ale Franţei au stat la originea răspândirii consumului de haşiş în Franţa ca şi ulterior în Europa.

Opiumul pe care chinezii îl utilizau de secole, în farmacopeea lor nu a devenit „drog” decât la sfârşitul secolului al XVII-lea – perioadă în care s-a răspândit în China consumul de tutun. În 1729 importul de opium a fost interzis în tot imperiul, ceea ce a generat războiul opiumului, prin care occidentalii au impus Chinei deschiderea unor porturi pentru comerţul european. China a devenit în secolul al XIX-lea primul producător mondial de opium (30000 tone), înaintea Indiei, Persiei şi Turciei.

În 1889, Franţa a avut o primă atitudine prohibitivă când s-a reglementat comerţul cu opium. În 1906 Ministerul Coloniilor a analizat consecinţele financiare ale suprimării regiei opiumului, iar în octombrie 1908 s-a interzis vânzarea de opium, ceea ce a determinat dispariţia centrelor unde se putea fuma opium.

Lupta împotriva drogului a devenit o preocupare pentru toate guvernele, internaţionalizarea acestei acţiuni concretizându-se pentru prima oară în 1909, când, la iniţiativa Statelor Unite ale Americii, treisprezece ţări au adoptat rezoluţii ce suprimau consumul de opium limitându-l la scopuri strict medicale.

Legile prohibitive au fost: pentru Statele Unite – Harrison Act (1914), iar pentru Franţa – Legea asupra stupefiantelor(1916). Categoria de stupefiante cuprindea substanţele total interzise sau a căror prescripţie era foarte controlată. Această lege a stupefiantelor viza atât consumatorii, cât şi medicii şi farmaciştii, ea marcând un recul în experimentarea drogului ca mijloc de explorare şi nu doar ca mijloc terapeutic pentru unele maladii.



Eminent psihiatru, Jacques Moreau, elev al lui Jean Esquirol, prescria în 1842 haşiş pacienților săi, după ce s-a întors dintr-o călătorie în Orientul Apropiat. El credea că pe lângă efectele terapeutice, haşişul ar permite"explorarea în materie de patologie mentală".

Theophile Gautier a fondat un club al haşişului în a doua jumătate a secolului al XIX-lea, frecventat adesea şi de Alexandre Dumas, Charles Baudelaire şi Eugene Delacroix.

La debutul secolului XX, drogurile (opiumul şi haşişul) nu mai sunt apanajul exclusiv al mediilor artistice, ele ajungând în stradă.

În timpul celui de al doilea război mondial, când numeroşi soldați utilizau amfetamine, Albert Hoffmann a descoperit în 1943 acidul lisergic în cadrul laboratorului farmaceutic Sandoz. Albert Hoffmann a fost primul care a fost intoxicat cu această substanță halucinogenă (astăzi LSD_{125}).

Medicamentele psihotrope, stimulante sau calmante (hipnotice, sedative, anxiolitice, neuroleptice) reduc sau îndepărtează simptomele maladiei mentale, neexplorând fața ascunsă a psihismului.

Cu toate acestea, în anii '60, Timothy Leary, un doctor în psihologie la Harvard, a fost entuziasmat de experiențele sale halucinogene determinate de ciupercile mexicane. El s-a întâlnit cu A. Huxley, autorul lucrării „*Lumi mai bune*", care a anticipat în această carte utilizarea drogurilor ca tranchilizante.

Timothy Leary şi elevul său Richard Alpert au studiat efectele LSD_{125}, publicându-le în lucrarea „*Experiența psihedelică*", lucrare ce a avut un succes imens.

Primele comunități hippy s-au instalat în 1966 pe înălțimile din San Francisco şi începând din 1967 Statele Unite au cunoscut o extensie ca o epidemie a consumului de droguri.

În Franța, extinderea fenomenului hippy şi a consumului de droguri se face cu o oarecare întârziere (perioada 1960–1969), dar în 1970 apare legea de referință asupra consumului şi traficului de stupefiante.

Dependența de drog ca fenomen complex

Originea cuvântului „drog" este obiectul unor controverse: după unii autori acest termen ar proveni din cuvântul persan *droa* – ce înseamnă „miros aromatic". După alții ar proveni din cuvântul evreiesc *rakab* – „parfum", iar după alții la originea etimologică a cuvântului „drog" ar sta termenul de origine olandeză *droog* – ce desemna substanțele vegetale vândute de farmaciști.

Acest fapt explică de ce pentru lumea anglo-saxonă, chiar și astăzi, cuvântul „drog" desemnează orice medicament comercializat prin farmacii, nu doar în sensul de stupefiant.

Drogul este definit ca orice substanță ilicită sau licită care, consumată fie din motive medicale, fie din alte motive, dă fenomene de dependență, adică necesită creșterea progresivă a dozei consumate și face foarte dificilă întreruperea acestui consum.

Diversitatea chimică a substanțelor psihoactive, susceptibile de a genera dependența, diversitatea originii lor, a consumului și a modului de acțiune, precum și a intensității efectelor lor fac foarte dificilă o clasificare a acestor droguri.

Se crede că prima clasificare a substanțelor psihoactive a fost făcută de Ludwig Lewin (1850–1929), într-un tratat publicat în 1924 și intitulat „Phantastica": el deosebește cinci grupuri de droguri: euphoricaopium și alcaloizii săi, coca și cocaina, phantastica (halucinogene), inebriantia (cloroform, alcool, eter), hipnotica (barbiturice, chloral), excitantia (cafea, tutun, camfor).

Această clasificare avea inconvenientul că nu lua în considerație importanța dozei consumate de către individ.

Clasificarea psihotropelor actuale a fost făcută în anii '50 de Jean Delay (1907–1987) şi Pierre Deniker (1916–1998) şi validată în 1961. Aceşti autori au descris trei categorii de substanțe psihoactive în funcție de activitatea lor asupra sistemului nervos central:

– substanțe sedative sau psiholeptice, care grupează hipnoticele (somnifere), neurolepticele, anxioliticele (tranchilizantele);

– substanțe excitante sau psihoanaleptice: amfetamine, psihotonele minore ca ceaiul, cafeaua, antidepresivele;

– substanțe ce perturbă activitatea psihică sau psihodislepticele, halucinogenele.

Această clasificare nu menționa alcoolul (introdus mai târziu în grupul psihodislepticelor), nici tutunul (exclus din cauza acțiunii reduse asupra sistemului nervos central; dar introdus în anii '80).

Încă din 1981, Organizația Mondială a Sănătății a propus o clasificare a drogurilor în funcție de puterea lor adictivă sau toxicomanogenă, adică în funcție de capacitatea drogului de a induce toleranța. Această clasificare a generat numeroase controverse: de exemplu, cocaina era considerată ca susceptibilă să genereze o slabă dependență psihică şi nici un fel de dependență fizică sau tolerantă. În plus, această clasificare nu cuprindea nici tutunul, nici tranchilizantele.

În 1978, în Franța s-a introdus o distincție în ceea ce priveşte stupefiantele, medicamente deturnate de la uzul terapeutic şi diverse psihotrope (alcool, tabac, solvenți organici).

Clasificarea juridică împarte drogurile în droguri ilicite şi droguri licite, acest lucru având o importanță mare pentru specialistul în asistență socială, el trebuind să prevadă riscurile legate de acest mod de consum şi să prevină efectele nedorite asupra familiei.

Din punct de vedere al legislației internaționale se disting două grupe de substanțe supuse controlului Organizației Națiunilor

Unite (ONU): stupefiantele, supuse regimului Convenției unice din 1961, și psihotropele medicamentoase supuse Convenției de la Viena din 1971.

Stupefiantele reprezintă în sens juridic un ansamblu de produse variabile ca structură și proprietăți farmacologice, dar care au capacitatea de a induce o farmacodependență. Criteriul de a încadra o substanță în rândul stupefiantelor trebuie să fie dublu: în primul rând substanța trebuie să posede **potențial de a induce dependență** și în al doilea rând substanța să prezinte un **pericol pentru sănătatea publică**.

Convenția Unică din 1971 a stabilit patru liste de produse reglementate de OMS, primele două liste reprezentând ansamblul stupefiantelor supuse legilor internaționale:

- substanțele ce fac parte din prima listă sunt cele susceptibile să inducă o toxicomanie de o intensitate comparabilă celei indusă de morfină (în tot cazul superioară celei indusă de cocaină) sau un risc de abuz comparabil cu cel indus de cannabis, hașiș sau cocaină;
- o substanță ce face parte din a doua listă este capabilă să inducă o toxicomanie de intensitate egală sau mai scăzută ca dependența indusă de codeină sau dextropropoxyfen;
- lista III regrupează medicamente care conțin una sau mai multe substanțe de pe listele I și II dar în doze atât de mici încât ele nu pot genera dependență și nu pot fi utilizate în scopuri nonmedicale;
- lista IV cuprinde stupefiante considerate de experții OMS ca toxice particulare și lipsite de interes terapeutic (heroina și cannabisul).

În perioada anilor '60, distincția între drogurile ușoare și dure a fost banalizată; drogurile ușoare erau considerate cele care erau relativ mai puțin toxice în plan somatic și consumul lor nu inducea dependență. De exemplu, LSD se încadra în această grupă, dar el este deosebit de toxic la nivel psihic.

În „Dreptul Drogului", juristul Francis Cahallero enumera un grup de droguri uşoare care au origine vegetală (cannabis, khat, peyotl, tabac, halucinogene, alcool, cafea, ceai) şi un grup de droguri dure sau puternice obținute prin extracție sau sinteză chimică (morfina, heroina, cocaina, crackul, methadona, analgezicele de sinteză şi solvenții organici). Această tipologie a drogurilor este în continuare destul de controversată.

Din anii '60 asistăm la apariția, sinteza chimică a unor substanțe psihoactive destinate traficului: structura lor este imaginată în aşa fel încât să se obțină derivaţi cât mai puternici care să scape, pe cât posibil, controlului legal, nefiind cuprinse pe listele de stupefiante. Exemple de astfel de droguri concepute mai recent sunt: ecstasy,MDA. Acestea au pe de o parte efect stimulant, ca al amfetaminelor, şi psihedelic pe de altă parte – ca halucinogenele.

Toxicomanul ca persoană consumatoare de drog

Drogul nu este suficient pentru a determina fenomenul cunoscut sub numele de toxicomanie, fiind necesară astfel şi definirea noțiunii de toxicoman. Un consumator de drog (chiar de heroină) nu este neapărat un toxicoman, abuzul şi dependența nefiind decât o modalitate particulară de consum.

Noțiunea de „personalitate toxicodependentă" existentă în literatura franceză de specialitate se pare că nu are un fundament total ştiințific. Fiecare individ poate avea o relație cu drogul care este în funcție de istoricul său individual, de viața sa psihică şi de mediul său socio-afectiv. Este adevărat pe de altă parte că unele trăsături de personalitate sunt mai frecvent regăsite la unii toxicomani.

De asemenea, este greu de definit un profil generic al toxicomanului, pentru că există numeroase tipuri de toxicomani, de la subiectul marginalizat, exclus din viața socială, până la subiectul dintr-un cadru bine integrat.

Este dificil de formulat o definiție ce ar putea îngloba această diversitate clinică: psihică, socială, fizică. În același timp, în cursul perioadelor de intoxicație, această diversitate tinde să se estompeze, impactul medico-psiho-social al toxicomaniei putând determina evocarea unor caracteristici comune ale toxicomanilor (consecințe și nu cauze ale consumului de droguri).

Raportul cu drogul și semnificația pe care i-o atribuie toxicomanul variază în funcție de traiectoria sa: căutarea unei plăceri, uitarea de sine, răspunsul la o problemă morală, socială, psihologică, familială, economică, rasială.

De aceea, rezumarea problematicii toxicomanului doar la consumul de droguri este o eroare, acesta fiind abordat atât din punct de vedere medical și psihologic, cât și socio-cultural.

Terapeutica acestor subiecți va fi pluridisciplinară și complementară: psihologică, sociologică, biochimică, educativă, medicală.

Diferite servicii destinate îngrijirii consumatorilor de droguri (servicii medicale, de justiție, sociale) au fiecare o definiție proprie a toxicomanului.

Această definire se dorește un element mai mult practic decât teoretic. Serviciile medicale ale armatei vorbesc despre condiții toxicofile sau adictive, în timp ce specialiștii civili vorbesc de toxicomani, iar serviciile de poliție vorbesc despre consumatori de stupefiante; specialiștii din domeniul asistenței sociale vorbesc de persoane consumatoare (dependente) de droguri.

În concluzie, vorbind de **traiectoria toxicomanului** aceasta ne permite să redăm un sens dinamic acestei problematici, care din punct de vedere clinic s-ar traduce prin evoluția toxicomanului în funcție de labilitatea parametrilor individuali, ai mediului ambiental și ai parametrilor legați de produșii consumați.

Toxicomania

Conceptul de toxicomanie este un termen introdus în practică la începutul anilor 1920 şi înglobează realităţi diverse: practici de consum heterogene privitor la natura substanţelor, la frecvenţa consumului, la motivaţiile subiectului etc.

În contradicţie cu alţi termeni care desemnau intoxicaţiile cronice şi se terminau în *-ism* („alcoolism", „saturnism"), termenul *toxicomanie* se dorea să evidenţieze într-un cadru explicativ tulburările psihiatrice care domină tabloul clinic al toxicomanilor.

Se cunoaşte o evoluţie a concepţiilor în materie de toxicomanii care corespundea perioadelor istorice ale umanităţii. Astfel, primul mod de înţelegere a toxicomaniilor a fost **modelul moral** sau **religios**. Am amintit că drogurile erau privite ca un mijloc „de apropiere" sau „interpelare" a instanţelor divine, ca un mijloc de acces la sacru. Preoţii şi apoi medicii (care exercitau o artă sacră) înainte de epoca modernă puteau prescrie în maniera rituală consumul de droguri. Sursa cea mai profundă a interzicerii acestor droguri ţine tot de această legătură între droguri şi sacru; de aici interzicerea prescrierii lor în afara unei recomandări religioase. Toată filosofia Greciei clasice, de la Platon la stoici şi epicurieni, promova moderaţia şi controlul Sinelui. Într-un context modern, democratic, problema morală faţă de droguri se pune în mod acut: tabuu-rile religioase au fost înlocuite prin morala efortului, a muncii şi a meritului, care se opune" căilor scurte" de procurare a unor plăceri „artificiale".

Există **trei modele ale toxicomaniei**:

1. Modelul „monovariabil" enunţat de medicul american Benjamin Bush în 1875, susţinând că răul se află în conţinutul substanţei care declanşează procesul morbid, de aceea apare logică ideea eradicării acestei substanţe nocive.

2. Modelul „bivariabil" susţinut în secolul al XIX-lea de curentul igienist. În 1857 Morell propune teoria generală a

degenerării, conform căreia unii indivizi sunt mai fragili decât alții, atât în plan fizic, mintal cât şi în plan moral. Degenerarea şi modelul „invariabil" a pus pentru prima dată pe acelaşi loc individul şi substanța (drogul).

3. Modelul „trivariabil" al toxicomaniei: produs, persona-litate, moment sociocultural – a apărut la începutul anilor 1970 şi a fost relevat de studiile efectuate pe soldații americani în Vietnam. Faptul că pentru majoritatea dintre aceştia sfârşitul războiului şi întoarcerea în țară a reprezentat cel mai bun tratament pentru heroinomanie, a dovedit că drogul nu este „dotat" cu o aşa mare putere diabolică, important fiind şi contextul în care este consumat, cristalizându-se în creația lui Claude Olivenstein „momentul sociocultural".

Importanța evidentă a contextului, cadrului social şi cultural ne obligă să privim adicția ca un fenomen complex, ca un mod de interacțiune al „unei personalități, a unui produs şi a unui moment sociocultural" (Claude Olivenstein) sau ca pe „complex biopsiho-social" (D.Conner).

În 1964 OMS recomandă abandonarea conceptului de toxicomanie care era dificil ca operaționalitate şi se propune înlocuirea lui cu noțiunea de **dependență**.

Dependența

Încă din 1969, Organizația Mondială a Sănătății definea farmacodependența ca: „o stare psihică şi câteodată somatică, rezultat al interacțiunii între un organism viu şi un drog, care se caracterizează prin modificări comportamentale şi alte reacții, conducând la pulsiunea către consumul produsului de manieră continuă sau periodică în scopul redobândirii efectelor sale psihice şi câteodată pentru a evita suferința deprivării. Această stare se poate însoți sau nu de toleranță. Acelaşi individ poate fi dependent de mai multe substanțe".

Se observă că această definiţie este globală şi conţine noţiunile de dependenţă psihică, dependenţă fizică şi în ultimul rând pe cel de toleranţă (obişnuinţă):

– **dependenţa psihică**: starea mentală caracterizată prin impulsul pacientului spre consumul periodic sau continuu al drogului, în scopul dobândirii unei plăceri sau al anulării unei stări de tensiune;

– **dependenţa fizică** ar corespunde unei necesităţi a organismului care pentru a-şi conserva echilibrul are nevoie de aportul unei substanţe chimice exogene.

Această dependenţă fizică se manifestă în cursul sevrajului:

– toleranţa este procesul de adaptare al organismului la o substanţă care se traduce prin reducerea progresivă a efectelor, ce antrenează necesitatea creşterii dozelor pentru obţinerea aceloraşi efecte.

Introducerea conceptului de dependenţă din 1964 a permis o mai bună abordare a domeniului toxicomaniilor:

– de manieră reducţionistă, evitând asimilarea fenomenelor culturale sau sociologice de consum patologic al unui produs;

– lărgindu-şi sfera, necesitând limite între substanţele ilicite: heroina, cocaina etc. şi cele încă permise – acceptate: alcool, tabac, benzodiazepine.

Obişnuinţa

Obişnuinţa constă în tendinţa şi realizarea acţiunii de experimentare a consumului unei cantităţi iniţial minimale de substanţă la care organismul rămâne în genere insensibil pentru ca treptat să se consume doze din ce în ce mai mari de substanţă cu efect psihoactiv euforizant.

Obişnuinţa poate fi periodică, ocazională şi efectuată în condiţii recreaţionale, fără a perturba funcţionalitatea biologică normală,

personalitatea sau comportamentul familial, şcolar sau profesional. În măsura în care consumul devine mai frecvent şi intervalele de timp dintre administrarea substanței devin mai scurte, obişnuința forțează mecanismele de adaptare funcțională ale organismului pentru a-şi mobiliza forțele de apărare şi echilibrare biologică în vederea metabolizării şi eliminării din organism a substanței toxice şi a produselor ce rezultă din distrugerea acestora în organism.

Obişnuința are consistență în limite fiziologice. Totodată ar trebui consumul să fie în cantități minim optimale de substanță psihoactivă şi la inrtervale mari de timp, în condițiile unei structuri de personalitate cu reactivitate armonică, şi a unui microgrup social nonpatologic. În mod obişnuit aceasta nu virează spre un consum abuziv. În cazurile în care intervalul de timp între două ingestii se scurtează şi mai ales din momentul în care începe cantitativ să crească doza de substanță, atunci se ajunge la consumul abuziv de substanță psihoactivă. Menționăm că obişnuința şi abuzul de substanțe euforizante, cu efecte toxicomanice sunt căile care stau la baza instalării toleranței şi a variabilității sale în raport cu substanța psihoactivă. Creşterea dozei de substanță este determinată de nevoia de a obține efectul euforizant dorit (scontat).

Implicații actuale ale toxicomaniilor

În aproximativ 2–3 decenii, Organizația Mondială a Sănătății a dat mai multe formulări termenului de toxicomanie, arătând dificultatea de a găsi o definiție unică aplicabilă pentru abuzul de droguri.

Conform definiției clasice (O.M.S. 1957), toxicomania este „starea de intoxicație periodică sau cronică, determinată de consumarea repetată a unui drog (natural sau sintetic). Caracteristicile sale sunt: dorința sau necesitatea de a continua

consumarea drogului şi de a-l procura prin toate mijloacele; tendinţa de a mări dozele; dependenţa de ordin psihic şi în general dependenţa fizică faţă de efectele drogului, cu apariţia sindromului de abstinenţă şi suprimare a lui; efecte nocive asupra individului şi societăţii „ (M. Cotaru, după O.M.S., 1971, p. 5).

Căutând un element comun care să caracterizeze întru totul abuzul de droguri, Comitetul de experţi ai O.M.S. a stabilit că acest element comun este chiar starea de dependneţă fizică sau psihică/ ori chiar fizică şi psihică concomitent. Ca atare, au recomandat specialiştilor înlocuirea termenului de „toxicomanie" şi "obişnuinţă", cu „dependenţă" care să indice totodată şi drogul care a generat această stare, în sensul că există tot atâtea tipuri de dependenţe pe cât de variate sunt drogurile.

Astfel, „dependenţa se poate manifesta faţă de o gamă vastă de substanţe chimice, reprezentând un evantai de efecte de la stimulare până la depresie. Orice substanţă care poate da naştere la dependenţă se numeşte drog" (M. Cotaru, după O.M.S., 1971, p. 7).

În anul 1965, O.M.S. a ajuns la concluzia că ar trebui să se păstreze termenul de „toxicomanie" pentru că nu există una, ci mai multe toxicomanii, ceea ce înseamnă că o persoană a recurs la unul sau mai multe droguri faţă de care a devenit dependentă.

În al 16-lea Raport al Comitetului O.M.S. din anul 1969, pentru Stupefiante se utilizează termenul de „farmaco-dependenţă", în sensul că agentul care dă obişnuinţa este un medicament sau un amestec de medicamente. Aşadar, dependenţa având ca sinonime „farmaco-dependenţa" sau „toxicomania" este o formă de consum voluntar, abuziv, periodic sau cronic a substanţelor dependogene, dăunătoare atât individului cât şi societăţii, fără a avea la bază o motivaţie strict medicală.

Din punct de vedere farmacologic, potrivit definiţiei date de O.M.S. în 1969, prin dependenţă ar trebui să se înţeleagă „starea psihică sau fizică ce rezultă din interacţiunea unui organism şi a

unui medicament caracterizată prin modificarea de comportament și alte reacții, însoțite de nevoia de a lua substanța în mod continuu sau periodic, pentru a-i simți efectele psihice și pentru a evita suferințele" (J. Drăgan, apud O.M.S., 1994, p. 160).

În ceea ce privește drogurile și consumul de droguri, există o serie de mituri și informații greșite în sensul că mulți oameni consideră în mod eronat că numai substanțele ilegale: heroina, marijuana, cocaina sunt droguri. În realitate, alcoolul, tutunul, cafeaua sunt substanțe la fel de periculoase ca și drogurile ilicite.

O altă greșeală frecvent întâlnită este aceea conform căreia există la nivel global un consum abuziv de droguri, deoarece consumul de droguri a scăzut în ultimele decenii. De pildă, unele studii efectuate în S.U.A. au demonstrat că procentajul fumătorilor în rândul populației a scăzut de la 37% în 1970 la 30% în 1985. De asemenea, consumul de marijuana, cel mai popular drog ilicit care a atins o cotă foarte înaltă în 1979, începând de atunci a scăzut continuu în fiecare an; consumul de cocaină a atins punctul culminant în 1986 însă tot de atunci a început să-și piardă popularitatea, alte substanțe luându-i locul.

Deși „toxicomania clasică" are o amploare scăzută, explicația fiind aceea că stupefiantele sunt oarecum mai greu accesibile, inclusiv din motive materiale este îngrijorătoare amploarea din ce în ce mai crescută a „toxicomaniei farmaceutice". Se recurge de asemenea la folosirea unor droguri improvizate cum ar fi substanța rezultată din planta KHATUL care are proprietăți psihostimulente și se găsește în Africa de Est și de Sud. Denumirea ei științifică este „catha edulis" și a fost denumită „coca africană" (J. Drăgan, 1994, p. 79) din cauza rezultatului obținut prin masticarea frunzelor. Un alt exemplu este CRACKUL, care a acaparat tinerii este în fond o nouă formă de cocaină cu o mare capacitate de a dezvolta dependență: se prezintă sub formă de cristale, cu un conținut ridicat de alcaloid, care se fumează. Induce

o stare euforică intensă care durează doar câteva minute, determinând consumatorul să utilizeze în continuare doze crescute pentru obținerea aceluiaşi efect.

În această categorie intră şi substanțele chimice care produc vapori psihoactivi, fiind de fapt doar banale produse chimice utilizate în gospodării pentru curățat sau produse cosmetice, adezivi etc. Ele au intrat în atenția specialiştilor pentru că sunt folosite în mod abuziv de marile colectivități umane, în special de minori şi tineri dar şi de adulți. În doze mici, reprezintă doar un stimulent uşor, însă la o cantitate mai mare subiectul se simte mai puțin stăpân pe el, iar în doze foarte mari se poate ajunge chiar la pierderea cunoştinței sau chiar la deces.

Un alt nou tip de droguri este „designer drugs" (termen de origine engleză). Acestea se obțin „pe cale chimică, prin modificări minore de structură pornind de la anumite substanțe supuse regimului stupefiantelor" (J. Drăgan, 1994). Fenomenul a apărut în anii 1970 în S.U.A. şi a căpătat amploare în toată lumea. Cele mai cunoscute „designer drugs" sunt de două tipuri:

1. derivați de fenatil: acetil fentanil, alfa-metil, fentanil şi 3-metil fentanil;

2. derivați de petidină (meperidină).

Factori predispozanți ai consumului de droguri

O.M.S. prezintă un model schematic al factorilor ce influențează consumul de drog și care conduce la dependență. Acest model a fost elaborat de Kaplan și colaboratorii săi (H. J. Kaplan, 1955, p. 776). De la el au derivt și criteriile de diagnosticare din D.S.M. III-R, D.S.M. IV și I.C.D. 10. Pentru o mai bună înțelegere a modului în care acționează toți acești factori întâlniți în literatura de specialitate în determinarea dependenței de drog, au fost sistematizate trei categorii:

1. factorii sociali și de mediu
2. factorii biologici
3. factorii psihologici

Factorii sociali și de mediu

Se acceptă că atitudinile sociale, convingerile sociale, relațiile cu familia, presiunile sociale, urbanizarea și șomajul influențează considerabil decizia de consum a unor substanțe psihoactive (alcool, tutun), iar mai târziu cocaină, heroină. Medicii și psihologii americani arată că folosirea de substanțe psihoactive acceptate social precede consumul de alte droguri.

Diverse **credințe și atitudini sociale** influențează la fel de mult patternul de consum. De pildă, în S.U.A. consumul de cannabis a crescut în rândul tinerilor în anii 1970–1979, pentru a scădea considerabil în următorul deceniu deși substanța nu a devenit mai puțin disponibilă. Se consideră de către unii cercetători că această scădere s-a datorat schimbării percepției asupra efectelor nocive ale cannabisului asupra stării de sănătate.

Un alt factor de natură socială în ceea ce privește consumul de substanțe psihoactive ar fi **disponibilitatea** deosebită a acestora pe piață într-o anume societate. În cazul în care crește cantitatea lor pe piață, crește numărul celor care vând și implicit al celor care consumă. În anumite zone, consumul de droguri ilicite este mai mare din cauza disponibilității mai mari. Acest factor influențează atât începerea consumului de drog cât și continuarea chiar și după o perioadă de întrerupere. Când un număr mare de consumatori de droguri trăiesc într-o anumită zonă se dezvoltă o subcultură care încurajează și susține începerea consumului. Cel care nu se droghează este separat, marginalizat, exclus de societatea respectivă.

Dinamica familială poate fi de asemenea un factor important deoarece abuzul de substanțe al unui membru al familiei determină comportamentul altor membri ai familiei. Încă nu s-a stabilit cu exactitate gradul în care comportamentul unui membru al familiei este cauza care determină un pattern de consum sau efecte față de acest comportament. Unii autori consideră că dependența este un simptom care conduce la apariția conflictelor putând juca un rol important în menținerea disfuncțiilor în familie. Pe de altă parte, clinicienii consideră că implicarea familiei este foarte importantă, dacă nu chiar esențială, pentru că oferă suport moral, protecție asigurând în final reușita tratamentului.

Alienarea ~~**Alinierea**~~ este un alt factor care poate influența și determina un comportament de consum. Insul are nevoie de apartenență la o familie, grup sau comunitate. Cei care se simt izolați încearcă

întotdeauna să găsească un grup căruia să i se alăture. Uneori se întâmplă însă ca grupul respectiv să fie alcătuit din persoane care au acest sentiment de izolare şi atunci caută „scăparea" în droguri.

Factori biologici

Sunt specialişti americani care consideră că în familiile cu părinți alcoolici sau dependenți de drog, copiii prezintă un risc mai mare pentru a dezvolta dependența de drog, decât copii proveniți din părinți care nu consumă aceste substanțe.

Factorul ereditar, ca determinant al dependenței de drog este susținut prin cercetări realizate pe animale de laborator (şobolani). Într-un set de experimente, comparând două specii de şobolani s-a constatat că specia care preferă alcoolul manifestă o mare preferință pentru opiacee.

Autorii englezi consideră că printre cauzele dependenței de drog se numără atât cele farmacologice dar şi fiziologice. Mecanismul farmacologic al dependenței nu este foarte bine descifrat, dar poate implica modificări la nivelul receptorilor sinaptici. S-a constatat că dependența farmacologică se dezvoltă mai rapid la opiacee, mai lent la anxiolitice şi aproape deloc la cannabis şi halucinogene.

Ipotezele biochimice actuale ale psihofarmacologiei se referă la procese care au loc la nivel molecular, la influența substanțelor psihoactive asupra unor substanțe endogene ale sistemului nervos central, mai ales asupra celor cu rol de neurotransmițător în sinapsele neuronale (V. Predescu, 1989, p. 477). Rol de neurotransmițători au: dopamina, noradrenalina, serotonina, acetilcolina, acidul glutamic, glicina şi acidul gamma-amino butiric (GABA). Există trei clase principale de receptori specifici pentru opioide, iar fiecare opioid acționează doar asupra unora dintre aceşti receptori şi a subtipurilor lor:

1. Receptorii MU:
   - prezintă afinitate la morfină şi betablocante;
   - acţiunea principală este relaţionată cu euforia, dependenţa, depresia respiratorie, analgezia spinală şi supraspinală;
   - nici un tip de dependenţă nu se dezvoltă fără receptorii MU.
2. Receptorii KAPPA:
   - sunt sensibili la ketociclazocină şi la endorfine;
   - se relaţionează cu analgezia spinală şi suprarenală, acţiunea psihomimetică, sedare şi sporirea diurezei;
   - există cel puţin trei tipuri descrise.
3. Receptorii DELTA:
   - au ca legătură endogenă encefalinele, care sunt relaţionate cu analgezia spinală şi supraspinală;
   - există cel puţin două tipuri descrise.

Controlând activitatea normală a scoarţei cerebrale, opioidul acţionează asupra receptorilor inhibând eliberarea de noradrenalină; sistemul răspunde crescând sensibilitatea receptorilor postsinaptici pentru a menţine acţiunea neuronală; în abstinenţă apare o creştere pronunţată a activităţii noradrenalinice, responsabilă în mare parte de manifestarea sindromului de abstinenţă acută.

Factori psihologici

Psihologia consideră că persoanele care recurg la consumul de substanţe psihoactive suferă de tulburări afective sau de o tulburare a controlului impulsului de a consuma în care căutarea plăcerii este dominantă.

Totodată încă psihanaliza punea accent pe incapacitatea de a face faţă necazurilor, durerilor, considerând că substanţele psiho-

active ajută ego-ul în controlarea acestor tulburări, consumul lor putând fi considerat o formă de administrare a medicației. Psihanaliştii afirmă că elementele psihopatologice reprezintă motivația fundamentală pentru începerea consumului, dependență şi reluarea consumului după o perioadă de abstinență.

Mulți specialişti consideră că persoanele care devin consumatoare de droguri, în special tinerii, au un grad de vulnerabilitate a personalității, anterioară începerii consumului. Ei par lipsiți de resursele necesare pentru a face față exigențelor vieții cotidiene, sunt instabili în ceea ce priveşte sentimentele, sunt în dezacord cu societatea şi autoritățile. Mulți dintre ei acuză stări depresive, de anxietate, însă nu e foarte clar dacă acestea sunt cauzele sau consecințele dependenței de drog. C. Gorgos, din 1985 citează unii autori conform cărora toxicomanii ar fi structuri dizarmonice de personalitate (apud Gorgos, C., 1985).

Alte cauze de natură psihologică pot fi **mediul destructurat** şi copilăria nefericită, o eventuală boală gravă de care suferă subiectul sau unele profesiuni unde există posibilitatea de a avea acces la substanțe psihoactive (medici, farmacişti,personal sanitar).

De asemenea, factorii psihologici pot acționa prin **condiționare şi reîntărire**. Se consideră că unele simptome care apar la întreruperea consumului sunt răspunsuri condiționate, formate în cursul experienței anterioare de consum repetat. Orice eveniment care întăreşte un pattern comportamental anterior poate fi considerat o întărire a acelui comportament. Drogul poate întări un comportament prin înlăturarea unor stări neplăcute cum sunt **durerea**, **anxietatea** sau **depresia**. Comportamentul asociat consumului de substanță împreună cu elemente conexe: țigări, disponibilitatea drogului, seringi, pot deveni **întăriri secundare**, prezența lor ducând la apariția **dorinței „craving"** de a relua consumul. În felul acesta, consumul devine o adevărată obişnuință, un ritual zilnic, un mod de viață.

În acelaşi sens, unele cercetări apreciază că deşi întărirea pozitivă este privită ca un factor etiologic, dominant în geneza dependenței de drog (cocaina, amfetamina, heroina), întărirea negativă şi fenomenele neplăcute ale întreruperii consulului pot fi în egală măsură sau chiar mai importante în determinarea folosirii drogului. Încă nu este bine stabilit în ce măsură durata perioadei de abstinență contribuie la creşterea riscului de reluare a consumului. Este evident că alcoolul, opiaceele, sedativele determină tulburări ale dispoziției, ale somnului, ale proceselor cognitive care persistă săptămâni sau chiar luni de zile după întreruperea consumului.

Scurtă prezentare a mecanismelor neurofiziologice ale acțiunii drogurilor

Cunoștințele recente din domeniul neurobiologiei au fost foarte importante pentru explicarea toxicomaniei: descrierea diferitelor mecanisme și sisteme neuronale puse în funcțiune la nivelul cerebral în cursul consumului de drog au permis o mai bună înțelegere a mecanismelor plăcerii și a dependenței somatice dezvoltate de către consumator, dar și o mai bună înțelegere a periculozității produsului.

De asemenea, s-a apreciat mai bine rolul-cheie jucat de mediul ambiental în fenomenul de dependență, în special în ceea ce privește toleranța indusă de drog ca rezultatul unui ansamblu de mecanisme adaptative progresive realizate de către organism și ca tentativă a acestuia de a contracara multiplele dereglări induse de drog. Aportul neurobiologic în acest domeniu al toxicomaniei este important și pentru că permite înțelegerea mai bună a factorilor de stres în vulnerabilitatea individuală față de drog, putând astfel explica de ce nu avem toți aceiași „imunitate” față de droguri.

Efectele euforizante apărute în cursul administrării drogului se explică prin procesele neurobiologice care au loc la nivel cerebral. Descrierea efectelor pe care le produce o substanță ce antrenează o toxicomanie asupra creierului necesită înțelegerea funcționării neuronului și a rolului fundamental jucat de acesta în

transmiterea informațiilor printr-o rețea neuronală, cu ajutorul unor molecule specializate: neurotransmițători sau neuromediatori.

Neuroni și neurotransmițători

Este de netăgăduit că neuronii, în număr de câteva miliarde intră în alcătuirea creierului uman. Proprietatea cea mai importantă a neuronului este reprezentată de capacitatea de a transmite informația către alte celule nervoase.

Structura neuronului este perfect adaptată acestei funcții de transmitere. Neuronul posedă numeroase prelungiri – dendritele – care se distribuie în spațiul ce înconjoară corpul celulei; una dintre prelungiri este numită axon și prezintă o morfologie diferită, fiind mult mai lungă și arborizându-se în numeroase terminații nervoase. Dendritele primesc informații care sunt integrate de corpul celulei și dau naștere unui semnal – potențial de acțiune – propagat de-a lungul axonului și dirijat către următoarele celule nervoase. În momentul în care acest semnal electric atinge extremitatea neuronului, el declanșează eliberarea unei molecule – neurotransmițătorul, molecula caracteristică neuronului respectiv. Eliberarea neurotransmițătorului se efectuează în spațiul care separă doi neuroni consecutivi, **sinapsa**, spațiul în care neurotransmițătorul acționează asupra neuronului receptor, realizând, astfel, transmiterea informației de la o celulă la alta.

Există, până în prezent, un număr de cel puțin șaizeci de molecule de neurotransmițători; dintre acestea, dopamina, serotonina, noradrenalina (aparțin formației monoaminelor), endorfinele – o formulă de neuromediatori denumiți astfel pentru

că ei corespund „morfinei endogene”, termenul ulterior adoptat fiind „endomorfime”, iar apoi „endorfine” – şi acidul gama-aminobutiric (GABA) au un rol fundamental în modul de acțiune a numeroase clase de droguri.

Dopamina este implicată în numeroase funcții, printre care cea de control a activității locomotorii, al proceselor cognitive şi al reglării stărilor emoționale (inclusiv a plăcerii).

Serotonina intervine în unele procese fiziologice şi comportamentale cum ar fi: somnul, învățarea şi memoria, reglarea afectelor şi a dispoziției, controlul impulsivității şi al agresivității, durerea, comportamentul sexual şi alimentar.

Similar dopaminei şi serotoninei, noradrenalina are un rol major în mecanismele de menținere a atenției şi în cele de reglare a stărilor emoționale; ea intervine, de asemenea, în ciclul somn-veghe.

Endorfinele, substanțe opiacee endogene, intervin în controlul diferitelor funcții fiziologice: controlul respirației, al sistemului cardiovascular – TA şi ritm cardiac – al funcțiilor gastrointestinale. Ele sunt implicate, în mod special, în percepția durerii, dovadă fiind efectele puternice analgezice ale morfinei.

Neurotransmițătorii sunt sintetizați, apoi stocați, în vezicule, la nivelul ramificațiilor terminale. Propagarea potențialului de acțiune la nivelul extremității axonului antrenează fuziunea veziculelor în membrana neuronală şi deversarea conținutului lor de neurotransmițători în spațiul sinaptic. Neurotransmițătorul eliberat se leagă, ocupă imediat un număr de receptori situați pe neuronul din aval de sinapsă (neuronul postsinaptic). În acelaşi timp, neuromediatorul se fixează şi pe câțiva receptori localizați pe neuronul presinaptic, aceşti receptori având ca rol esențial încetinirea sintezei şi a eliberării de neurotransmițători.

Modul de acțiune al drogurilor la nivel molecular

Transmiterea mesajelor chimice între neuroni permite înțelegerea modului de acțiune al drogurilor la nivel molecular. Acestea interferă, în fapt, la diferite niveluri ale neurotransmisiei, perturbând profund funcționarea unor sisteme neuronale.

Scopul neurotransmisiei chimice este modificarea **funcției neuronului țintă** – cel postsinaptic. Pentru a înțelege consecințele pe termen lung ale neurotransmisiei asupra neuronului postsinaptic este necesară înțelegerea mecanismelor moleculare prin care neurotransmisia reglează expresia genică.

Genele conțin informația necesară sintezei proteinelor care alcătuiesc structura și intervin în funcțiile specializate ale neuronului. Dacă, în ultimă instanță, neurotransmisia chimică activează genele adecvate, acestea pot determina schimbări la nivelul neuronului postsinaptic, cum ar fi: sinteza proteinelor, a enzimelor, a receptorilor care reglează neurotransmisia în celula-țintă, fabricarea sau distrugerea sinapselor.

Schimbările în expresia genică determină modificări în conexiunile și funcțiile acestor conexiuni neuronale. Este ușor de înțeles cum genele pot modifica comportamentul. Din moment ce procesele mentale și comportamentale sunt rezultatul conexiunilor neuronale din creier, acestea din urmă fiind controlate de expresia genică se poate înțelege controlul genic asupra comportamentului.

Comportamentul poate modifica genele?

Se apreciază – fără unanimitate – că experiența umană, educația și chiar psihoterapia pot modifica în timp expresia genică, acesta la rândul ei ar putea altera distribuția și funcționalitatea unor

conexiuni sinaptice. Acestea, de asemenea, la rândul lor, pe termen lung, pot produce schimbări în comportament, cauzate de experiența inițială și mediate de schimbările genice determinate de această experiență.

De aceea, putem afirma că într-o anumită măsură genele modifică unele aspecte comportamentale, dar și comportamentul modifică oarecum expresia genică.

Opiaceele (heroina și morfina) mimează acțiunea endorfinelor asupra receptorilor acestora, comportându-se ca agoniști față de acești receptori.

Modificările neurotransmisiei generate de administrarea cronică de droguri se asociază cu schimbări la nivel molecular, constând în alterarea „mașinăriei" celulare și, în mod special, în funcționarea unor gene. Aceste variații au un rol capital în procesele adaptative ale organismului cu scopul de a contracara multiplele dereglări produse de drog în cursul toxicomaniei. Două exemple de astfel de procese sunt reprezentative: **desensibilizarea receptorilor** și **modificarea sintezei proteinelor**, în special în *locus coeruleus*, structură cerebrală unde sunt localizați corpii celulari ai neuronilor noradrenergici.

Locus coeruleus este structura cerebrală în care sunt localizate corpurile celulare ale neuronilor care conțin noradrenalină; el este sediul modificării sintezei unor proteine. Această modificare este responsabilă, în cea mai mare parte de dobândirea dependenței fizice la opiacee și de apariția simptomelor caracteristice de sevraj.

În cazul dependenței de heroină, expunerea repetată și prelungită a acestor receptori la drogul respectiv antrenează un mecanism compensator care constă în mărirea sintezei unor proteine, în special a factorilor de transcripție, care, global crește excitabilitatea neuronilor noradrenergici din locus coeruleus.

Sistemul de recompensă – drogul și plăcerea

Din cele mai vechi timpuri, substanțele psihoactive au fost folosite de către oameni. Până a se cunoaşte efectul lor, şi mai ales până a se ajunge la cunoaşterea dozelor optimale, a indicațiilor şi contraindicațiilor folosirii acestor substanțe, multe vieți omeneşti au căzut pradă efectelor toxice ale acestor droguri a căror folosire abuzivă a avut şi are în prezent riscuri vitale imprevizibile.

Efectul „benefic" euforizant este, în cazul folosirii drogurilor, legat indisociabil de efectul toxic, cu atât mai mult cu cât în prezent, într-o cantitate mică de substanță conținutul de principii active poate fi extrem de crescut, cum este cazul heroinei. În plus, ştiința şi tehnica au scos la iveală din nefericire şi alte substanțe care sunt preluate şi consumate de persoane dizarmonice cu tendințe euforizante, cu o rapiditate şi o sete greu de potolit. O dată descoperite substanțele psihoactive, la începuturile civilizației, şi după costuri incomensurabile de vieți umane au fost puse sub controlul reprezentanților religiei, care au limitat consumul lor la nivelul practicilor şi ritualurilor fiecărei credințe religioase. Această acțiune de limitare a consumului de substanțe psihoactive era corelată strâns şi valorificată în raport cu structurile sociale inițiale, credințe, mituri şi tabuurile fiecărei societăți. Astfel încât în toate religiile (iudaică, creştină, musulmană, budistă etc.) se găsesc interdicții precise, mai mult sau mai puțin severe, cu privire la consumul substanțelor psihoactive. De altfel, aceasta a făcut ca reprezentanții religiei şi ai medicinei să se confunde de la început şi substanțele să se afle în mâna preoților, iar ulterior aceştia să fie într-o strânsă relație. Chiar dacă „tămăduitorii" au început să se specializeze din rândul credincioşilor, proprietățile substanțelor psihoactive au fost considerate timp îndelungat ca având o origine divină şi, ca atare, administrarea lor era însoțită de practici de natură mitică, magică, religioasă.

Dopamina este neurotransmițătorul care are un rol-cheie în proprietățile addictive ale drogului. Neuronii dopaminergici, datorită faptului că ocupă un loc privilegiat în cadrul sistemului nervos central și sunt implicați în controlul conduitelor afective (inclusiv al emoțiilor și al plăcerii) reprezintă „calea comună" de acțiune a majorității drogurilor.

Neuronii dopaminergici reprezintă doar 1% din totalul neuronilor, ei își au corpurile celulare în mezencefal, mai precis în doi nuclei de la acest nivel: substanța neagră și una tegumentală ventrală.

Neuronii din substanța neagră își trimit proiecțiile, în mod special, în corpul striat, structură implicată în controlul motricității.

Neuronii din aria tegumentală ventrală își trimit axonii în arii corticale și subcorticale, mai precis în cortexul prefrontal și în nucleul accumbens, regiuni implicate în procesele mnezice, reacțiile emoționale și controlul conduitelor afective și motivaționale.

Acești neuroni dopaminergici stabilesc o ierarhie între diferitele structuri, în funcție de situația în fața căreia este pus individul: astfel, dacă, la un moment dat, aceste grupuri neuronale activează o anumită zonă din creier, în momentul următor, când survine un eveniment nou, se vor activa alte zone cerebrale.

În consecință, neuronii dopaminergici pot fi considerați ca niște „indicatori" care înregistrează și decodifică semnificația evenimentelor (interne sau externe), dar și ca „factori de decizie" care hotărăsc structura cerebrală care va interveni în răspunsul la aceste evenimente: acești neuroni sunt neuroni modulatori.

Din punct de vedere funcțional, neuronii aceștia sunt sensibili, în mod particular, la condițiile ambientale – cum ar fi stresul și situațiile anxiogene. De aceea, ei controlează actele motorii semnificative, cum ar fi de exemplu orientarea animalului în căutarea hranei. În mod special prin proiecțiile mezolimbice, ei nu sunt activați decât de stimulii care au o semnificație emoțională

sau motivațională. Acești stimuli pot fi reprezentați de **durere** sau **stres**, dar, în același timp, și de **plăcere**.

Datorită faptului că sunt implicați în controlul stărilor emoționale (și al plăcerii), neuronii dopaminergici împreună cu structurile limbice (nucleul accumbens, cortexul prefrontal și unele regiuni hipotalamice) realizează „sistemul de recompensă" cerebral. Acest concept a luat naștere în 1954, datorită cercetărilor fiziologilor James Olds și Peter Milner asupra fenomenului de autostimulare intracraniană. Ei au demonstrat pe animale că șoarecele care avea implantat un electrod cerebral apăsa o pedală pentru a stimula acest electrod. Un asemenea comportament nu satisface nici o necesitate fiziologică, ba din contră, animalul își conservă tot timpul și întreaga sa energie pentru autostimulare, neglijându-și nevoile sale elementare (foame, sete, somn), în final decedând. De aici a luat naștere ipoteza că în creier există un sistem de recompensă a cărui stimulare produce o „satisfacție cerebrală", respectiv plăcere.

Majoritatea drogurilor acționează după același principiu: acțiunea curentului electric este înlocuită în acest caz prin acțiunea farmacologică a drogului, fie de modificare a receptării (psihostimulante), fie stimularea unor receptori (opiacee).

Aria tegumentală ventrală (nucleul mezencefalic unde sunt corpurile celulare ale neuronilor dopaminergici responsabili de plăcere) este regiunea cea mai importantă implicată în comportamentul de autostimulare. Această structură conține receptori opiacei, nicotinici, cannabioizi și GABA-ergici, permițând, astfel, drogurilor să stimuleze direct sau indirect activitatea acestor neuroni dopaminergici.

Acești neuroni dopaminergici, în special proiecțiile lor mezolimbice, reprezintă „calea comună" a majorității drogurilor, consumul acestora realizând, în final, exacerbarea acestei transmisii dopaminergice. Această convergență a efectului diferitelor produse addictive asupra neuronilor dopaminergici, mezolimbici explică

senzația de plăcere generată de consumul de drog şi permite explicația faptului pentru care subiectul dependent de drog poate trece de la consumul unui produs la altul. La fel se explică şi dependența psihică, adică nevoia compulsivă de consum de drog (moleculă ce-i dă efecte euforizante) şi care îi determină un comportament de căutare activă a substanței.

Mulți autori sunt de părere că unii consumatori de drog, mai ales tinerii care folosesc droguri ilicite, par să aibă un anumit **grad de vulnerabilitate** a personalității, anterioară începerii consumului. Ei par adesea lipsiți de resursele necesare de a face față exigențelor vieții cotidiene, sunt nestatornici în sentimentele lor, sunt în dezacord cu societatea şi autoritățile, după cum arată slabele rezultate profesionale, absenteismul şi actele de delincvență. Mulți acuză stări depresive, de anxietate, dar este rareori limpede dacă acestea sunt cauzele sau consecințele dependenței de drog. La unii pacienți în anamneza familială există afecțiuni mintale sau tulburări de personalitate. Încă din 1985, C. Gorgos citează unii autori în accepția cărora toxicomanii ar fi structuri dizarmonice de personalitate. Nu există însă o *„stare mintală”*, consideră acelaşi autor, specifică toxicomaniei. Stările depresive sau psihastenia o favorizează, determinând o inadaptare la viața socială, o invaliditate morală.

De asemenea, mulți toxicomani provin din medii dezorganizate şi adesea au avut o copilărie nefericită. Numeroase cazuri de dependență se întâlnesc printre cei care suferă de o boală gravă (cancer, astm bronşic), necesitând calmante şi ajungând rapid la toxicomanie. Factorul medicație intervine şi în anumite profesiuni în care există posibilitatea de a avea acces la substanțe psihoactive (medici, farmacişti, personal sanitar).

Factorii psihologici ar putea acționa prin condiționare şi reîntărire. Unii autori sunt de părere că unele din simptomele care apar la întreruperea consumului sunt răspunsuri condiționate formate în timpul experiențelor anterioare de consum repetat. De

asemenea, unele droguri, precum opiaceele au efecte proprii de reîntărire, după cum arată faptul că animalele de laborator execută comenzi pentru a le obține ca recompensă.

Cercetători consacrați consideră că folosirea drogului, indiferent dacă este ocazional sau zilnic, poate fi văzut ca un proces de învățare prin condiționare. Orice eveniment care întăreşte un *pattern* comportamental anterior poate fi considerat o întărire a acelui comportament. Drogul poate întări un comportament prin înlăturarea unor stări neplăcute ca durerea, anxietatea sau depresia. În unele situații sociale consumul de drog poate fin întărit prin aprobarea prietenilor din grupul de apartenență. La substanțele cu acțiune de scurtă durată, cum ar fi: heroina, cocaina, nicotina, alcoolul, asemenea întăriri se produc de mai multe ori pe zi creind un puternic *tipar* de întăriri.

Totodată, comportamentul asociat consumului de substanță, împreună cu elementele asociate (țigări, disponibilitatea drogului, seringi), pot deveni întăriri secundare, prezența lor ducând la apariția dorinței de a relua consumul. **Consumul devine o adevărată obişnuință, un ritual zilnic, un mod de viață**. Acest tip de condiționare (condiționarea clasică) a fost demonstrat în laboratoare pe animale sau pe studenți voluntari dependenți de metadonă şi aflați în perioadă de abstinență. Expuşi la stimuli externi legați de consumul de substanță sau la întreruperea consumului, s-a constatat că aceşti stimuli pot condiționa menținerea stării de întrerupere sau dorința de a relua consumul. Dorința de a consuma nu este în mod necesar determinată de înlăturarea simptomelor de sevraj, ci de o serie de situații, precum disponibilitatea drogului, privitul la o persoană care consumă. Cercetările arată că indiciile care amintesc de drogul consumat sunt mult mai puternice în stimularea dorinței de consum şi reluarea folosirea drogului, decât cele care condiționează abstinența.

În acelaşi sens, unele cercetări apreciază că deşi întărirea pozitivă este văzută ca un factor etiologic dominant în geneza dependenței de drog (cocaină, amfetamină, heroină), întărirea negativă şi fenomenele neplăcute ale întreruperii consumului pot fi în egală măsură sau chiar mai importante în determinarea uzului de drog. Simptomele de abstinență sunt un factor important în continuarea consumului şi în reluarea lui după o perioadă de renunțare la drog. Nu este încă bine stabilit în ce măsură durata perioadei de abstinență contribuie la creşterea riscului de reluare a consumului. Este evident că alcoolul, opiaceele, sedativele, determină tulburări ale dispoziției, somnului, ale proceselor cognitive, care persistă mult: săptămâni sau chiar luni după întreruperea consumului.

Validitatea diagnostică

Termenii utilizați pentru a descrie tulburările induse de uzul de substanțe psihoactive au fost revizuiți în mod treptat. Încă din 1964 O.M.S. a recomandat substituirea termenilor „*adicție*" şi „*obişnuință*" cu termenul de „*dependență de drog*". Acest termen a fost apoi definit pentru fiecare varietate de drog în parte. În 1980, în a treia ediție a DSM (DSM III), tulburările datorate uzului de substanțe psihoactive erau împărțite în două importante categorii: abuzul de drog şi dependență de drog, prezentându-se criteriile specifice pentru diagnostic. În DSM III – R, adoptat în 1987, cele două categorii au fost păstrate, dar criteriile de diagnostic au fost modificate. În literatura de specialitate termenul „*dependență*" este folosit pentru a desemna:

– **un sindrom comportamental;**
– **dependența fizică sau fiziologică.**

Aşa cum am mai explicat **dependența fizică** este definită ca fiind o alterare a sistemului nervos central care se manifestă prin toleranță şi prin apariția simptomelor de sevraj (după o administrare de lungă durată a drogului) când consumul de substanță este întrerupt. Deoarece au apărut confuzii în folosirea celor două sensuri, în 1980 O.M.S. recomandă folosirea termenului *„dependență”* pentru a descrie un sindrom comportamental şi substituirea termenului *„dependență fizică”* prin termenul *„neuroadaptare”* deoarece consumul continuu de substanță provoacă schimbări neuroadaptative profunde care pot începe de la prima doză de drog (în cazul opiaceelor sau cocainei), dar aceste modificări nu sunt cauze suficiente de dependență (văzută şi ca un sindrom comportamental).

Elemente pentru diagnosticul dependenţei de substanţe psihoactive

Aceeaşi Organizație Mondială a Sănătății defineşte **dependența de drog** astfel: un sindrom, manifestat printr-un *pattern* comportamental, în care uzul de substanță psihoactivă sau de o anumită clasă de substanțe este cel mai important, spre deosebire de alte comportamente care au avut înainte o mare însemnătate pentru subiect. Formulările din DSM – R şi DSM IV pentru abuz şi dependență respectă îndeaproape această definiție. Atât în DSM III – R, cât şi în DSM IV, elementul esențial al dependenței este un conglomerat de simptome cognitive, comportamentale, fiziologice, care indică faptul că persoana şi-a alterat controlul folosirii unei substanțe psihoactive şi continuă consumul, cu toate consecințele adverse.

Simptomele sindromului de dependență sunt aceleași pentru toate categoriile de substanțe psihoactive, dar pentru unele clase de substanțe din aceste simptome sunt mai puțin evidente, iar în unele cazuri nu se aplică.

Criteriile de diagnostic pentru dependență

1. Toleranță, definită de oricare din următoarele aspecte: a) O nevoie de cantități din ce în ce mai mari de substanță pentru a obține intoxicația sau efectul dorit; b) O diminuare marcată a efectelor odată cu continuarea uzului de aceeași cantitate de substanță
2. Întreruperea, ca manifestare a oricărui aspect din următoarele: a) Caracteristicile sindromului de sevraj pentru substanța respectivă (referiri la criteriile A și B de la criteriile de diagnostic pentru abstinență față de substanța respectivă); b) Substanța este luată pentru a putea ușura sau a evita simptomele de întrerupere.
3. Substanța este luată adesea în cantități mari sau o perioadă mai lungă de timp decât intenționa persoana la început.
4. Încercarea de a reduce sau controla uzul de substanță s-a soldat cu un eșec.
5. O mare parte a timpului este petrecută în activități necesare procurării substanței (ex.: vizite la numeroși medici, parcurgerea unor distanțe mari pentru a procura substanța necesară), uzul de substanță sau recuperării din efectele acesteia.
6. Importante activități sociale, recreaționale sau profesionale sunt abandonate ori reduse din cauza uzului de substanță psihoactivă.
7. Uzul de substanță este continuat în ciuda problemelor fizice sau psihologice pe care le are persoana, probleme care au fost probabil cauzate sau sunt exacerbate de consumul de substanță (ex.: consumul de cocaină în ciuda faptului că acesta induce o stare depresivă, sau

persoana continuă să bea în ciuda faptului că ştie că ulcerul de care suferă este agravat de consumul de alcool). Notă: – Dependența fiziologică este dată de existența simptomelor de toleranță sau abstinență (oricare din itemii 1 sau 2 este prezent); – Fără dependență fizică: persoane la care nu sunt prezente simptome de toleranță sau abstinență (nici unul din itemii 1 sau 2 nu este prezent).

(După DSM IV, ed. 4, copyright American Psychiatric Association, în: Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sixth edition, Washington, 1995, p. 756).

Sindromul de dependență are grade diferite de intensitate. Intensitatea este dată de natura comportamentelor care apar în consumul de drog şi de natura comportamentelor secundare consumului.

Prezentăm în următorul tabel criteriile pentru severitatea dependenței de substanță psihoactivă.

Criteriile pentru severitatea dependenței de substanță psihoactivă

UŞOARĂ → sunt criteriile cerute pentru a pune diagnosticul. Simptomele duc la deteriorare uşoară în activitatea profesională sau în activitățile sociale uzuale, ori în relațiile cu ceilalți.
MODERATĂ → sunt simptome, sau deteriorare funcțională, situate între „*uşoară*” şi „*severă*”.
SEVERĂ → apar multe simptome față de cele cerute pentru a pune diagnosticul, iar simptomele interferează în mod marcat cu activitatea profesională sau activitățile sociale uzuale.

Elementele definitorii ale *dependenței de substanță* sunt:
- consumul repetat al unui drog;
- prezența în timp a fenomenului de toleranță, dependență și a sistemului de abstinență în cazul consumului;
- repercusiuni distructive fizice, psihice și sociale.

Toleranța

Toleranța constă în diminuarea progresivă a răspunsului, în condițiile administrării repetate a unei substanțe psihoactive, cu necesitatea creșterii dozei pentru obținerea efectului (V. Stroescu, 1977, p. 84). Sensibilitatea inițială revine după un timp de la oprirea consumului de drog. Gradul de toleranță depinde de dozele folosite și de durata administrării – fenomenul se instalează repede pentru dozele mari și este mascat în condițiile administrării prelungite.

Experimentele pe animale și cercetări la om au arătat că **toleranța** și **dependența fizică** încep să se dezvolte de la primele doze și se măresc progresiv în decurs de zile, săptămâni sau luni, în funcție de cantitatea de medicament și de frecvența administrării. Fenomenul prezintă specificitate de grupă chimică sau farmacodinamică. Toleranța și dependența fizică sunt încrucișate (pentru doi sau mai mulți compuși înrudiți chimic sau farmacodinamic) pentru morfină, heroină, metadonă și alte analgezice de tip morfinic care, pot fi înlocuite una cu alta. Se știe că alcoolul, barbituricele și alte hipnotice, meprobamatul și tranchilizantele benzodiazepinice dezvoltă toleranță și „**dependență încrucișată**".

Toleranța se dezvoltă mai ales pentru efectele la nivelul SNC, care au caracter subiectiv și sunt relative ca efecte periferice. Bolnavii care au devenit toleranți, de exemplu la morfină, nu mai prezintă starea de euforie, nici celelalte fenomene centrale

provocate de toxic în mod obişnuit, dar acesta produce în continuare mioză şi constipație. Există un grad important de toleranță şi pentru efectele toxice şi letale – morfinomanii pot ajunge să suporte până la 4 g de morfină, ceea ce reprezintă multe doze letale. După oprirea administrării substanței care a provocat toleranța, sensibilitatea normală revine în câteva zile, de unde posibilitatea apariției efectelor toxice, dacă după acest interval sunt reluate dozele anterior perfect suportate. Toleranța poate fi în parte datorată metabolizării mai intense, dar fenomenul principal este reactivitatea scăzută a neuronilor cerebrali ca urmare a intervenției unor mecanisme adaptative care atenuează sau anulează acțiunea directă, celulară a toxicului (apud V.Stroescu, 1977, p. 86).

Dependența fizică este o stare adaptativă, care are drept consecință apariția de tulburări fiziologice intense din cauza consumului repetat al unui drog şi care impune continuarea folosirii substanței pentru a preveni teribilele simptome de abstinență.

Dependența psihică, respectiv necesitatea emoțională dobândită față de consumul unui drog este determinată de un complex de factori de ordin farmacologic, psihologic şi social. Modificarea funcțiilor psihoafective sub influența drogului se poate traduce prin stare de bine, relaxare, detaşare de preocupările zilnice, fenomene onirice etc. Pe un anumit teren psihic, probabil în funcție de factorii genetici, aceste efecte dau naştere unei impresii de satisfacție, de rezolvare a dificultăților, generând dorința imperioasă de repetare a administrării şi determinând astfel apariția dependenței psihice. În anumite situații, factorii sociali pot fi foarte importanți. Pentru unele toxice ale căror acțiuni centrale au caracter predominant disforic este necesară învățarea părții plăcute a efectului psihic, făcând abstracție de părțile neplăcute. Lipsa de informații, deformarea realității, tendința de evadare dintr-un sistem social considerat nedrept, reprezintă câteva din elementele de ordin social care explică mai ales la adolescenți şi tineri extinderea

considerabilă a abuzului şi dependenţei de drog. Tendinţa la dependenţă psihică este foarte mare pentru morfină, alcool, cocaină, amfetamine, barbiturice, unele tranchilizante şi relativ slabă pentru LSD, marijuana şi alte halucinogene, cofeină, nicotină (ibidem).

Substanţele capabile să provoace dependenţă au acţiuni psihofarmacologice precum: acţiune euforizantă, liniştitoare, stimulantă psihomotorie, halucinogenă. Principalele substanţe psihoactive cu potenţial de dependenţă sunt: morfina, heroina şi compuşii analogi, amfetaminele, cocaina, alcoolul, LSD şi alte halucinogene şi, în măsură ceva mai mic, barbituricele şi alte hipnotice, meprobamatul şi alte tranchilizante, nicotina, cofeina.

Bolnavul care a primit sau şi-a administrat singur substanţe psihoactive capabile să dezvolte dependenţă, încep la un moment dat să ia drogul nu din cauza dependenţei psihice (deoarece din cauza toleranţei efectele centrale urmărite nu se mai produc), ci pentru a evita sindromul de abstinenţă care evidenţiază dependenţa fizică. Oprirea administrării este urmată, de obicei, după câteva ore, de manifestări clinice zgomotoase, care pot îmbrăca aspecte periculoase. Sindromul de abstinenţă este mai grav pentru substanţele cu acţiune intensă şi de durată relativ scurtă (morfină, cocaină, heroină). Sindromul care se dezvoltă variază în funcţie de substanţa psihoactivă pe care o utilizează persoana respectivă. Simptomele comune includ: cefalee, insomnie, transpiraţie, greaţă, vomisment, diaree, astenie, palpitaţii, tahicardie, hipertensiune arterială, anxietate, nelinişte psihomotorie, instabilitate. Sindromul de abstinenţă apare şi se dezvoltă progresiv de la o necesitate organică exprimată predominant printr-un simptom negativ foarte neplăcut. Întreruperea consumului de substanţă psihoactivă nu trebuie făcută prin suprimarea brutală a drogului, ci progresiv, sub control medical. După perioada culminantă, simptomele fiziologice se vor diminua progresiv, dar subiectul va acuza acum neplăceri de ordin psihic (nervozitate, agitaţie, insomnii), acestea putându-se prelungi luni de zile.

Mecanismul dependenței fizice este probabil asemănător cu cel al toleranței.

Se presupune c intervin fenomene biochimice sau fiziologice compensatoare față de acțiunea substanței psihoactive. Sindromul de abstinență s-ar datora tocmai acestor fenomene care, în absența drogului, își pierd caracterul compensator, dând naștere, prin exces, simptomelor caracteristice (V. Stroescu, 1977, p. 87).

Prezentăm în continuare criteriile de diagnostic pentru starea de întrerupere, așa cum sunt ele prezentate în DSM IV:

Criteriile de diagnostic pentru sevraj

1. Dezvoltarea unui sindrom specific pentru fiecare substanță, datorat întreruperii (sau reducerii cantității) de substanță psihoactivă care a fost consumată în cantități mari și o perioadă lungă de timp.
2. Un sindrom specific (pentru fiecare substanță) care provoacă probleme clinice sau tulburări în importante domenii de activitate (social, profesional, reacțional).
3. Simptomele nu se datorează unei probleme medicale și nu sunt specifice pentru o altă tulburare mentală.

Modele terapeutice

Programe de menținere

Menținerea cu metadonă a fost inițiată în S.U.A. în 1964 de Dole și Niswander. Ideea consta în înlocuirea opiaceelor ilegale cu un derivat sintetic care, în doze adecvate,nu induce nici euforia, nici alterarea marcată a stării de conștiință. Durata efectului metadonei (viața sa medie este de 6–8 ori mai mare decât a opiaceelor cu o scurtă durată de acțiune) permite consumarea ei pe

cale orală şi evită apariţia sindromului de abstinenţă. Subiectul poate trăi o viaţă eliberată de problemele asociate căutării şi obţinerii substanţelor ilegale. Această stabilizare îi permite să-şi reconstruiască sau să-şi consolideze activităţile profesionale şi sociale. Starea de sănătate fizică se îmbunătăţeşte rapid, iar şansele de activităţi ilegale se diminuează apreciabil.

Datorită acestor multiple avantaje, tratamentele de menţinere cu metadonă s-au impus ca modelul cel mai practicat în S.U.A., dar şi în numeroase ţări din Europa. Experienţa a demonstrat că rezultatele se îmbunătăţesc dacă se asociază cu un program psihosocial variat, incluzând terapia de grup, tratamente psihiatrice şi medicale, şedinţe de tip „relaţie de ajutor" şi accesul la psihoterapie individuală.

În prezent, se impune o certitudine: administrată în condiţii sanitare sigure, cu un acompaniament psihosocial şi cu doze adecvate, heroina nu are efecte negative asupra sănătăţii consumatorilor.

Încercări de planificare a abstinenţei

Există deja programe care regrupează structura de tratament din spital şi ambulatoriu, care asigură un acompaniament pentru dezintoxicare. Ele combină diferite modalităţi terapeutice, şedinţe de ajutor, grupuri de prevenţie a recidivelor şi de autoafirmare, bazate în special pe teoriile cognitiv-comportamentale, pe intrarea în psihoterapie şi stimulează foarte des participarea la grupuri de autoajutor.

În primul caz, rezultatele sunt chiar impresionante. Studii realizate în California şi Minnesota demonstrează că, după o perioadă de 2 ani consecutivi la dezintoxicare, 50% din pacienţi au reuşit să stabilească şi să păstreze o abstinenţă totală. Aceste cifre nu spun nimic despre starea psihopatologică globală, dar cunoscând dificultatea pe care o prezintă abstinenţa şi înalta frecvenţă a recidivelor, se poate presupune că strategiile dezvoltate trebuie să furnizeze o motivaţie şi recompense suficiente.

Abstinența relativă produce rezultate mai dificil de evaluat. Unii pacienți regăsesc moduri adecvate de funcționare. Totuși, procesul trebuie susținut în timp și implică multe cazuri de recidivă, de menținere și de dezintoxicare. Uneori, pacienții ieșiți dintr-un **program de menținere** își dau seama că și-au supraevaluat forțele și reintră în tratament. Realitatea este că dependența de drog este un fenomen complex, care fluctuează între cicluri de remisiune și de agravare relativă, în funcție de parametrii interni, dar și externi. Pretenția de „a reuși de unul singur", cu un minimum de ajutor extern, constituie probabil un important factor al recidivelor. Acesta este cel mai dificil lucru deoarece atitudinea se pare că rezultă interiorizarea unor judecăți cu valoare socială.

În definitiv, programele de abstinență dau rezultate destul de diferite. Foarte des, pacienții trebuie să se stabilizeze cu un program de menținere înainte de a face primul pas. Abstinența nu este inaccesibilă și toxicodependența nu constituie o stare fără speranță, ci mai degrabă un proces ce trebuie traversat cu bune perspective de reușită.

Programe rezidențiale

Comunitățile terapeutice sunt centre rezidențiale, adesea nemedicale, care primesc pacienții ieșiți din secțiile de dezintoxicare. Oferă diferite forme de terapie și de sfaturi ale căror obiective sunt:

- experimentarea de către pacienți a vieții fără droguri, într-un context protejat;
- reconstruirea stimei de sine;
- dezvoltarea sau redescoperirea competențelor relaționale și sociale;
- pregătirea reîntoarcerii la activități profesionale.

Durata este de obicei între 6 şi 18 luni. Adeseori se propun şi alte activităţi, cum ar fi: grădinăritul, excursiile, practicarea unor sporturi etc.

Primele comunităţi terapeutice au apărut în S.U.A. în anii '60. Era vorba în general de programe rigide care-şi propuneau „reeducarea" rezidenţilor. Strategiile de confruntare şi de autocritică publică erau adesea motivante, iar individul se găsea supus presiunilor colective sau autorităţii personale a fondatorului. În prezent, comunităţile de acest tip sunt foarte rare.

Experienţa cea mai intensă a subiecţilor care aleg acest model este descoperirea pe care o fac ei înşişi. Odată ce dependenţa de drog şi stilul de viaţă asociat acesteia se îndepărtează, rămâne un mare vid, în care trebuie să descopere cine sunt ei în realitate. Interacţiunea dinamică cu alţi membri ai comunităţii acompaniază şi stimulează acest proces.

Există două dificultăţi majore ale acestei modalităţi de tratament: cadrul şi durata acestei experienţe. Abandonarea vieţii civile implică petrecerea unui timp considerabil pentru a se analiza şi examina. Această experienţă cu sine însuşi este uneori dificilă şi se soldează cu abandonuri. În plus, reîntoarcerea la un cadru obişnuit de viaţă este adesea delicată şi poate fi foarte problematică.

Comunităţile terapeutice constituie, fără îndoială, o soluţie importantă. Se adresează cu precădere indivizilor care au multe zone de reconstruit.

Programe de autoajutor

Acestea nu constituie strict sisteme terapeutice, dar acţionează în acest sens.

Primul tip corespunde asociaţiilor de consumatori, ca de exemplu: „Autoajutorul consumatorilor de droguri" din Franţa sau

„Junkie's Bond" din Olanda. Aceste asociații oferă sfaturi și informații referitoare la calitatea produselor, strategii de reducere a riscurilor, aspecte politice, juridice, medicale.

Deschizându-se în fața colectivului, consumatorul de droguri face un dublu gest terapeutic față de el însuși și față de comunitate.

Al doilea tip, Narcoticii Anonimi (N.A.) se inspiră din modelul celor 12 etape, al Alcoolicilor Anonimi. Conform acestei maniere de a aborda problema, dependența este o boală progresivă, caracterizată prin trei parametri: obsesia, compulsiunea și egocentrismul. Prin conștientizarea eșecului repetat de a controla, stăpâni și reduce voluntar consumul, devine posibil începutul procesului de recuperare. Experiențele celor care au reușit o abstinență durabilă constituie o motivație și un exemplu pentru cei recent admiși în grup.

Programele de recuperare constau într-o combinație de „rețete" pentru diferite situații și de „principii spirituale", care vin să umple vidul existențial al toxicodependenților. Abstinența nu este considerată ca o virtute, ci ca o necesitate pragmatică.

Programele N.A. par eficiente, dar nu se potrivesc tuturor. Ca regulă generală, N.A. se îndreaptă spre indivizii cu dependențe vechi, care sunt disperați, astfel încât sunt gata să încerce.

*

*   *

Conceptul de cerere și conceptul de ofertă în materie de consum de droguri

În explicarea dependenței se folosește modelul sistemului sanitar care se bazează pe **conceptul de cerere**. Acest concept implică *trei circumstanțe*:

1. conștientizarea de către pacient a propriei probleme;

2. voința de a rezolva problema;

3. alegerea sistemului sanitar, ca loc în care își va rezolva problema.

După cum știm, cei mai mulți dependenți nu sunt conștienți de acest lucru, chiar mai mult, intensa lor ambivalență față de dependență le determină comportamentul, motiv pentru care cu greu apelează la sistemul sanitar pentru problema lor. Astfel, dintre cei care ajung să devină conștienți de dependența lor, majoritatea fie nu vor, fie încă nu sunt pregătiți pentru a o înfrunta și rezolva.

Pe de altă parte, dintre cei care apelează la sistemul sanitar doar o mică parte prezintă cererea,în forma în care a fost definită anterior; adică prezintă o motivație internă pentru a reuși **abstinența, dezobișnuirea** și **reinserția**. Majoritatea celor care apelează prezintă ceea ce unii denumesc „o ofertă", care nu este altceva decât circumstanța în care cineva recurge la sistemul sanitar pentru a-și rezolva o problemă, adică motivația externă. În aceste două situații, este cert că pacientul este cel care apelează, de aceea terapeutul trebuie să profite de situație la maximum, să aibă abilitatea de a distinge momentul în care se poate reconverti această **motivație externă inițială** (sau ofertă) într-o **motivație internă**.

Programele pentru pacienți cu un înalt nivel de angajament terapeutic au două tipuri de alternative, în funcție de obiectivele trasate:

1. prima alternativă

Obiectivul final al acestei alternative este abstinența, datorită bunei adaptări bio-psiho-sociale, incluzând agonistul terapeutic și inițierea progresivă a proceselor de dezobișnuire, reabilitarea și reinserția. În realitate, aici putem vorbi despre menținerea sau substituirea cu agoniști, ceea ce se numește **dezintoxicare ambulatorie**.

În cazul folosirii de metadonă se prescriu doze de rang scăzut (doze mici) de 20-40 mg. Zilnic și cu o durat ce variază între 3 și

6-8 săptămâni. În unele țări există un alt model de dezintoxicare foarte utilizat: este cel care foloseşte dextropopoxifenul (Deprancol 150 mg) timp de 12 zile.

2. a doua alternativă

Pacienții substituie consumul de heroină cu un agonist, ca metadona, LAAM, buprenorfina (sau heroina prescrisă în condiții sanitare) şi încearcă să se adapteze personal şi social la mediul înconjurător.

Se utilizează metadona ca agonist în doze de menținere de 80 mg +/- 20 mg zilnic, deşi se poate ajunge fără nici o restricție al doze mai adecvate, oricât de mari ar fi.

*

*   *

Modelul cognitiv-comportamental

Există mai multe modele pentru a explica natura jocului patologic. **Sharpe & Tarrier** (2000) au propus recent un model pentru explicarea dezvoltării şi menținerii acestei probleme. Acest model îi poate ajuta pe clinicieni să abordeze problema jocului de noroc şi poate inspira cercetări viitoare. Modelul ia în considerare relațiile dintre factorii psihologici, cognitivi şi comportamentali, care contribuie la dezvoltarea şi menținerea comportamentului de jucător patologic.

Din punct de vedere fiziologic, practicarea unui joc de noroc sporeşte activarea autonomă (bătăile inimii, activitatea electrodermală), care este trăită de jucător ca o excitare. Excitarea, în combinație cu banii (atunci când câştigă), îl încurajează pe individ să continue jocul. Cu timpul, mediul care însoțeşte jocul devine asociat cu starea de excitare. Gândurile relaționate cu jocul (ex.,

„Asta e ziua mea norocoasă”, „Astăzi am pierdut, dar mâine voi recupera”) se dezvoltă atunci când acționează spre încurajarea viitoarelor jocuri. Un jucător care a pierdut a învățat să se aştepte la unele pierderi. Gândurile relaționate cu jocul se concentrează pe credința că individul este foarte aproape de câştig. Sharpe & Tarrier cred că „diferența între cei care se controlează şi cei care îşi pierd controlul asupra jocului constă în abilitățile lor diferite de coping”. Asta înseamnă că un individ cu abilități slabe de coping este mai vulnerabil în fața problemei jocului. Această **vulnerabilitate** poate fi *conjuncturală* (ex., eşecul în învățarea tehnicilor de coping) sau *biologică* sau *amândouă*. În plus, anumite situații (ex., stresul, abuzul de substanțe) pot împiedica un individ să-şi utilizeze abilitățile de coping de care dispune, fapt care sporeşte probabilitatea ca acesta să joace din nou.

Încercare de analiza globală a fenomenului drogurilor

Una din formele cele mai active de manifestare a crimei organizate naționale și internaționale o reprezintă producția și traficul ilicit de droguri, iar profiturile realizate din aceste activități ilegale devansează cu mult unele afaceri legale de oriunde.

În prezent este îngrijorător faptul că, în unele țări, aceste activități se desfășoară sub privirile îngăduitoare ale autorităților, context în care organizațiile criminale posedă mii de hectare de pământ arabil pentru culturile de plante opiacee, angajați pentru întreg procesul de fabricare a drogurilor, grupuri de protecție, specialiști în domeniul chimiei, informaticii, economico-financiar și întreaga logistică, inclusiv minisubmarine și elicoptere necesare derulării activităților lor infracționale de toate tipurile.

Este cazul să spunem că acest flagel contemporan, cu implicații extrem de grave, necesită un antidot pe măsură, pe care toți avem obligația să-l descoperim și să-l folosim, atât în combatere, cât mai ales în profilaxie. În lipsa implicării noastre generice societatea umană, indiferent unde și cum este constituită (pe principii etnice, de teritoriu sau de altă natură), va plăti, firesc, profitorilor propria ei indolență, neputință ori lașitate.

1. Reglementări juridice internaționale privind fenomenul drogurilor

Pe parcursul secolului trecut, conștientizând gravitatea și impactul pe care fenomenul drogurilor, sub toate aspectele sale ilicite; producția, traficul și consumul îl poate avea asupra dezvoltării economico-sociale a oricărei țări, comunitatea internațională, în mod gradual, a dezvoltat un sistem mondial de control al drogurilor prin adoptatea unor convenții, protocoale, acorduri și alte normative internaționale. Dintre cele mai importante menționăm: Acordul de la Shangai din 1909; Convenția internațională asupra opiumului din 1912 de la Haga; Convenția și Protocolul cu privire la opium, încheiate la Geneva în 1925; Convenția internațională privind limitarea producerii și reglementarea desfacerii drogurilor de la Geneva din 1931; Convenția pentru reprimarea traficului ilicit de droguri de la Geneva din 1936; Protocolul de la New York din 1946; Protocolul de la Paris din 1948; Protocolul de la New York din 1953.

Un pas înainte în conjugarea tuturor eforturilor internaționale l-a constituit adoptarea, sub **egida Organizației Națiunilor Unite**, a convențiilor internaționale multilaterale, care reglementează diferite aspecte ale fenomenului drogurilor. Convenția Unică asupra stupefiantelor din 1961, amendată prin Protocolul din 1972; Convenția asupra substanțelor psihotrope din 1971 și Convenția Națiunilor Unite împotriva traficului ilicit de stuperfiante și substanțe psihotrope, adoptată în 1988.

Convenția Unică asupra stupefiantelor, adoptată la New York în 1961, a modificat și completat dispozițiile cuprinse în convențiile anterioare, a instaurat un control al mișcărilor licite ale drogurilor și a stabilit un sistem unic de definire a drogurilor, de descriere și clasificare a substanțelor supuse controlului de utilizare a stupefiantelor numai pentru scopuri medicale sau științifice, precum și de control asupra noilor droguri sintetice.

Prin aceeaşi Convenţie s-a înfiinţat Organul Internaţional de Control al Stupefiantelor care este abilitat ca, în cooperare cu Organizaţia Mondială a Sănătăţii, să publice periodic rapoarte asupra furnizării şi cererii de opiacee pentru necesităţi medicale şi ştiinţifice. Convenţia din 1961 a fost amendată prin **Protocolul de la Geneva din anul 1972**, care a întărit rolul INCB, şi a stabilit măsuri pentru creşterea cooperării internaţionale şi extinderea bazelor juridice privind extrădarea.

Încă din preambulul Convenţiei este stipulat faptul că măsurile luate împotriva abuzului de asemenea substanţe trebuie să fie coordonate şi universale.

Convenţia conţine dispoziţii speciale referiotoare la: controlul preparatelor care au în compoziţie substanţe psihotrope şi sfera de aplicare a controlului, listele cu substanţele psihotrope, limitarea utilizării substanţelor prevăzute în cele patru tabele în scopuri medicale şi ştiinţifice, precum şi reglementarea tuturor operaţiunilor ilicite cu aceste substanţe, fiind stabilite funcţiile Comisiei Consiliului pentru Stupefiante, modul de raportare al Organului Internaţional de Control al Stupefiantelor şi măsurile ce trebuie adoptate de către acesta spre a asigura executarea prevederilor convenţiei.

La nivelul Uniunii Europene, în prezent există **trei paliere juridice** diferite privind lupta împotriva drogurilor:

- Prevenirea toxicomaniei este relevată de articolul 152 din tratatul Comisiei Europene referitor la sănătatea publică;
- Prevenirea şi lupta contra traficului ilicit de droguri sunt obiective prevăzute în art. 29 din Titlul VI al Tratatului Uniunii Europene („cooperarea poliţienească şi juridică în materie penală”, iar posibilitatea de a adopta reguli minimale referitoare la infracţiunile şi sancţiunile aplicabile domeniului traficului de droguri este prevăzută în art. 31;

- Cooperarea internațională este inclusă în Titlul V din același tratat („Politica externă și securitatea comună").

În cadrul **Consiliului European de la Viena (11–12 decembrie 1998)**, șefii de stat și de guvern au cerut elaborarea unei strategii integtate și echilibrate în materie de droguri și prevederile Tratatului Uniunii Europene de la Amsterdam, iar în scopul abordării globale a fenomenului drogurilor au fost adoptate **planuri multianuale**.

Strategia Uniunii Europene în materie de luptă împotriva drogurilor pentru perioada 2000-2004 a fost adoptată de către Consiliu de la 6 decembrie 1999, înainte de a fi aprobată de Consiliul European de la Helsinki din 10 și 11 decembrie ale aceluiași an. Reafirmând caracterul prioritar al luptei împotriva drogurilor în spațiul Uniunii, cât și în acțiunea sa exterioară, ea fixează ca obiective principale reducerea cererii și a ofertei și preconizează schimbul de date valide prin întărirea cooperării internaționale.

2. Instituții internaționale pentru prevenirea și combaterea ***producției, traficului*** *și* ***consumului*** *ilicit de droguri*

Între instituțiile importante implicate în combaterea fenomenului drogurilor se înscrie **Comisia pentru Stupefiante**, care este organismul central de elaborare a strategiilor și politicilor de gestionare a problematicii drogurilor în cadrul sistemului Națiunilor Unite. Ea analizează situația mondială în materie de droguri și dezvoltă propuneri internaționale pentru întărirea sistemului de control destinat combaterii traficului și consumului ilicit de droguri în întreaga lume. Comisia a fost înființată de către Consiliul Economic Social prin Rezoluția nr. 9 (I) din 16 februarie 1946.

Adunarea Generală a O.N.U., prin Rezoluția nr. 46/185 din 20 decembrie 1991, a înființat Programul Națiunilor Unite pentru Control Internațional al Drogurilor și a extins mandatul Comisiei

de Stupefiante de a funcționa ca un organism de conducere a Programului. În anul 1998, Adunarea generală O.N.U., fidelă ideii de a uni forțele pentru rezolvarea problemei drogurilor, a conferit puteri suplimentare Comisiei pentru Stupefiante, întărind atât rolul de forum global de cooperare internațională în materie, cât și funcțiile sale de gestionare și monitorizare a Programului Națiunilor Unite pentru Control Internațional al Drogurilor.

Organul Internațional de Control al Stupefiantelor înființat în 1968, ca urmare a punerii în aplicare a Convenției asupra stupefiantelor din 1961 este organul de control independent și quasi-judiciar însărcinat cu implementarea convențiilor Națiunilor Unite. Acesta este compus din 13 membri, personalități ale statelor semnatare ale Convenției, ce își desfășoară activitatea independent de guvernele statelor proprii. Cu secretariatul în cadrul Centrului Internațional de la Viena, Organul internațional de Control al Stupefiantelor promovează, în principal, aplicarea de către guverne a prevederilor tratatelor în materie de control al drogurilor și le sprijină în acest efort. Acționând pe baza recomandărilor făcute în 1981, 1991 și 1993, Consiliul Economic și Social al Națiunilor Unite a cerut tuturor guvernelor să furnizeze Organul Internațional de Control al Stupefiantelor evaluări ale necesităților proprii pentru scopuri medicale și științifice al substanțelor și să se consulte cu acest organism. Rezultatele estimărilor sunt publicate cu regularitate, astfel că în țările producătoare de substanțe psihotrope, deturnarea acestora a scozut foarte mult cunoscându-se permanent necesitățile țărilor solicitante.

În lupta împotriva flagelului drogurilor au fost angrenate numeroase organisme internaționale, sub egida Organizației Națiunilor Unite, ale căror responsabilități intersectează sfera de interes. Dintre acestea pot fi amintite: Organizația Internațională a Muncii; Organizația Națiunilor Unite pentru Educație, Știință și Cultură; Centrul pentru

Dezvoltarea Socială şi Afaceri Umanitare; Organizaţia Maritimă Internaţională; Organizaţia Aviaţiei Civile Internaţională; Organizaţia Naţiunilor Unite pentru Alimentaţie şi Agricultură; Organizaţia Naţiunilor Unite pentru Dezvoltarea Industrială; Programul Naţiunilor Unite pentru Dezvoltare; Programul Naţiunilor Unite pentru Copii; Programul Alimentar Mondial.

Pentru colectarea datelor, acţiunea Uniunii se sprijină pe Centrul European de Monitorizare a Drogurilor şi Dependenţei de Droguri, creat în 1995 la Lisabona, care colaborează cu Organizaţia Europeană de Poliţie pentru culegerea, analiza şi difuzarea datelor privind reducerea cererii şi ofertei de droguri. Centrul European de Monitorizare a Drogurilor şi Dependenţei de Droguri a pus în aplicare Reţeaua Europeană de Informaţii asupra Drogurilor şi Toxicomaniei – REITOX care permite circulaţia rapidă a informaţiei între acesta şi guvernele statelor membre, Comisia Europeană şi organizaţiile neguvernamentale. Observatorul a realizat ameliorarea colectării informaţiilor comparabile, ceea ce a condus la creşterea volumului de date primite şi a rolului său de monitorizare.

La nivelul Consiliului Europei funcţionează din anul 1971, Grupul Pompidou, iniţial informal, care cuprindea şapte state europene, hotărâte să facă schimb de experienţă în domeniul combaterii traficului şi consumului ilegal de droguri. În 1980 această formă de cooperare a fost extinsă şi inclusă în cadrul instituţional al Consiliului Europei. Printre problemele abordate s-au numărat:

• perfecţionarea monitorizării tendinţelor consumului ilicit de droguri,

• cooperarea împotriva traficului ilegal de droguri între aeroporturi,

• iniţierea de programe de pregătire pentru problemele legate de tratamentul toxicomanilor,

• elaborarea unei serii de studii asupra modului de funcționare a sistemului justiției penale, pe probleme de sănătate individuală și publică,

• studiul despre impactul social al consumului ilicit de droguri.

În prezent 34 de țări susțin activitatea Grupului Pompidou prin corespondenți permanenți, care se schimbă de două ori pe an. La studiile și dezbaterile cu abordări pluridisciplinare își aduce contribuția o importantă rețea de experți. La fiecare trei ani, în carul unei conferințe a miniștrilor din Europa ce sunt răspunzători de domeniul drogurilor, se trasează liniile directoare și se stabilește un program de lucru ce acoperă cercetarea epidemiologică, munca pe latura preventivă cu măsurile și metodele de pregărire, studiile necesare căilor de urmat în terapia și susținerea socială a celor predispuși la consumul de droguri, precum și aspecte procedurale.

Printre grupurile regionale care și-au propus abordarea problemei drogurilor, în contextul celorlalte atribuții proprii, se numără:

• Grupul Schengen creat în 1985,

• Grupul Trevi din 1976, ce reunește miniștrii însărcinați cu ordinea publică din țările Comunității Economice Europene,

• Grupul de asistență mutuală care abordează implicațiile economice ale fenomenului drogurilor.

3. Prezent și perspective în fenomenul drogurilor

Ținând cont de prevederile tratatelor internaționale în domeniu, precum și propunerile organismelor europene de profil, din 25 iunie 1990, Consiliul Europei a elaborat „Ghidul de aplicare a Planului privind Combaterea Drogurilor", care a fost înaintat spre aprobare Comitetului European de Combatere a Drogurilor. În particular, pornind de la necesitatea elaborării unui studiu privind sursele de informare, relevanța și utilitatea lor practică s-a analizat oportunitatea înființării unui centru care să gestioneze aceste surse de informare la nivel european.

În activitatea sa de colectare şi schimb de informații în materie de droguri, Centrul European are ca partenere mai multe organisme şi organizații, cum ar fi: Organizația Internațională de Poliție Criminală, Organizația Europeană de Poliție, Grupul Pompidou al Consiliului Europei, Programul Națiunilor Unite pentru Controlul Intrnațional al Drogurilor, Organizația Mondială a Sănătății şi altele.

4. Tendințe generale de consum şi trafic la nivel mondial

Din analiza datelor Oficiului Națiunilor Unite pentru Controlul Drogurilor în raportul Biroului pentru Droguri şi Criminalitate al O.N.U. (United Nations Office for Drugs and Crime – UNODC) privind tendințele globale ale fenomenului drogurilor pe anul 2002 precum şi din raportul Organului Intnațional de Control al Stupefiantelor pe anul 2001, sunt relevate principalele tendințe pe cele trei laturi ilicite ale fenomenului: **producția**, **traficul** şi **consumul**.

După estimările Biroului pentru Droguri şi Criminalitate al O.N.U., 200 milioane de persoane consumă ilicit droguri (prevalența anuală 2000-2001). În această cifră sunt cuprinşi: 163 miliane consumatori de cannabis, 34 de milioane consumatori de amfetamine, 8 milioane de consumatori de ecstasy, 14 milioane de consumatori de cocaină, 15 milioane de consumatori de opiacee (din care 10 milioane de consumatoriu de heroină). Aceste cifre nu sunt comulative datorită utilizării combinațiilor de droguri.

În general, în lume, problema drogurilor continuă să se răspândească pe zone geografice, tot mai multe țări constatând o creştere a consumului. Ca şi în anii anteriori, cea mai mare creştere s-a înregistrat la consumul de cannabis, urmat de stimulenții de tip amfetamină (ATS). Cu excepția ecstasy, indicatorii analizați indică o rată de creştere mai redusă.

Opium/Heroină

După un declin brusc înregistrat în anul 2001, producția mondială ilicită de opium și heroină a revenit la parametrii anteriori în anul 2002, în ciuda unei reduceri a culturilor cu 23% în Myanmar și 18% în Laos. Această creștere s-a datorat în mai mare măsură culturilor de mac opiaceu în Afganistan.

Cultura de mac opiaceu a urcat din nou la aproape 180000 ha în 2002 (comparativ cu 144000 ha în 2001 și 222000 în 2000). Producția de opium rezultată a fost estimată la aproape 4500 tone (în comparație cu 1600 tone în 2001 și 4700 tone în 2000).

Consumul ilicit de heroină a scăzut în Asia de Est, Oceania și Europa de Vest în anul 2001, dar continuă să crească în țările localizate pe ruta de trafic a heroinei, spre Rusia și Europa.

Cocaină

Cultivarea ilicită a plantelor de coca a scăzut în Columbia pentru al doilea an la rând. Reducerea cu 30% înregistrată între noiembrie 2001 (145000 ha) și decembrie 2002 (102000 ha) s-a transformat într-o scădere a culturilor ilicite de coca în întreaga lume cu 18% (de la 211000 ha în 2001 la 173000 ha la sfârșitul anului 2002).

Consumul de cocaină contină să crească în Europa de Vest și în America de Sud, în timp ce se menține stabil în America de Nord și a scăzut la elevii de liceu din S.U.A. în 2001.

Cannabis și ATS (stimulenți de tip amfetamină)

Lipsa unor date adecvate nu a permis o monitorizare precisă a tendințelor în producția de cannabis și droguri sintetice. Totuși, unii indicatori colaterali sugerează că producția globală de cannabis și stimulenți tip amfetamină a continuat să crească în ultimii ani, cu toate că au putut fi observate unele variații regionale.

Cannabis

Cea mai mare cantitate de droguri capturată în lume a fost de cannabis „iarbă", urmată de cannabis-rășină. Cantitățile de

cannabis capturate în 2001 au rămas stabile. Cea mai mare cantitate de cannabis capturat în 2001 au rămas stabile. Cea mai mare cantitate de cannabis „iarbă" capturată în 2001 a fost raportată în Mexic, iar cea mai mare cantitate de cannabis rășină a fost capturată în Spania.

Consumul de cannabis a crescut în Africa, America de Sud, Europa și Asia de Vest. Scăderi s-a înregistrat în Oceania și Asia de Sud-Est.

Stimulenți de tip amfetamină

Metamfetamina a continuat să fie utilizată în proporție epidemică în Sud-Estul Asiei, în timp ce în Japonia consumul s-a stabilizat. Consumul de amfetamină s-a stabilizat în Europa de Vest, dar continuă să crească în Estul și Nordul Europei.

Ecstasy

Capturile de ecstasy au scăzut cu 10% în 2001. Acest declin a fost înregistrat pe un număr mare de piețe, incluzând Statele Unite ale Americii, Canada, Olanda, Franța și Italia. Cea mai mare captură de ecstasy a fost raportată în Olanda, urmată de Statele Unite ale Americii.

Numeroase țări din toate zonele de pe glob au semnalat niveluri crescute ale consumului ilicit de ecstasy.

Droguri în România – un fenomen care ia amploare

Traficul de droguri de pe teritoriul României datează încă dinaintea Revoluției din decembrie 1989, când deși exista un control foarte sever la frontiere, iar străinii care intrau în țară erau atent supravegheați, au fost depistate 187 de cazuri de trafic de droguri. Între 1990–1998, numărul traficanților depistați a crescut

al 460 de cazuri, poliția confiscând peste 21 de tone de droguri ce urmau să intre în țară.

În ultimul deceniu, fenomenul consumului de droguri a luat o amploare fără precedent în România. În țară erau înregistrate, în 2000, în evidențele instituțiilor de specialitate, peste 10 mii de persoane care se drogau, iar 90% dintre cei care foloseau **droguri injectabile** aveau vârste cuprinse între 15 şi 30 de ani. În ultimii 5 ani, numărul liceenilor bucureşteni care consumă droguri s-a dublat. A început să crească, de asemenea, numărul deceselor provocate de supradoze. Se vehiculează chiar cifra de 24.000 de persoane consumatoare de droguri injectabile, dar numărul real al celor care consumă droguri ilicite chiar dacă sunt şi perioade de creştere şi de scădere a curbelor de consum şi trafic, pare a fi mult mai mare.

Alcool, dependența de alcool: clasificări, explicații și încercări de intervenție*

Pentru a obține o imagine adecvată și completă asupra dependenței de alcool este necesar să realizăm o scurtă prezentare a fazelor acestei.

Primul care a realizat această prezentare a fost *Jellineck* în lucrarea ***Alcoolismul – concept de boală***.

Se evidențiază, astfel, evoluția dependenței, etapele pe care le parcurge o persoană în procesul de trecere de la consumul ocazional și cel social al alcoolului la etapa consumului excesiv:

1. **Faza prealcoolică** este cea în care se pregătește terenul. Aceasta durează între ***câteva luni și 2 ani***, timp în care se caută motivații și circumstanțe pentru a consuma alcool. În această perioadă crește toleranța și importanța băuturii pentru persoana respectivă. Faza are 2 stadii: beția ocazională și beția permanentă.
2. **Faza prodromală** este reprezentată de o perioadă cuprinsă între ***6 luni și 4 ani***. Apare aviditatea după primele pahare,

* Material redactat împreună cu absolventa Nicoleta Stan, Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea din București.

consumul în secret pentru a părea că nu consumă mai mult decât ceilalți, tulburări de memorie. Această fază este anunțată de primul semn al alcoolismului – *palimpsestul alcoolic*, adică perturbarea memoriei, pierderea capacității de reproducere a detaliilor. Acesta marchează ***momentul utilizării alcoolului ca drog***, creşterea apetenței pentru acesta, chiar instalarea sentimentului de culpabilitate. În acelaşi timp, creşte cantitatea de alcool ingerată.

3. **Faza crucială** se instalează când persoana pierde controlul, apărând necesitatea fizică de a bea; unele conflicte cu familia, colegii; apar manifestări de sevraj, scade capacitatea sexuală; apare izolarea. În această perioadă se manifestă raționalizarea comportamentului față de alcool, perturbări ale structurii de personalitate, idei de grandoare, exacerbarea agresivității, episoade de culpabilitate, urmate de abstinență totală, tendința de izolare față de mediul familial, părăsirea serviciului, neglijarea alimentației.
4. **Faza cronică** se caracterizează prin ingerarea motivată a băuturii, ebrietate în cursul zilei, scăderea capacității cognitive şi a toleranței la alcool. Tot în această perioadă apar psihozele alcoolice. O formă aparte este **dipsomania** care se referă la consumul excesiv de alcool la intervale de 4–5 zile sau 2–3 săptămâni, când apare dorința irezistibilă de a bea: se bea orice, persoana poate manifesta acte de huliganism, ultraj, violență. Apare aşa numitul „sentiment de religiozitate" față de alcool. În această perioadă, consumul de alcool poate îmbrăca două forme: **simplă,** caracterizat prin prezența capacității de abținere de a bea sub presiunea socială (cu excepția personalităților labile) şi **alcoolismul toxicomanic,** respectând utilizarea alcoolului ca drog, asociat cu apariția palimpsestului alcoolic.

Complicații ale consumului de alcool la *nivel somatic* și *psihosomatic*

Din punct de vedere farmacocinetic, alcoolul se absoarbe aproape în întregime și se metabolizează în ficat în proporție de 90%; rata de metabolizare este de 7–10 g/oră, iar aceasta scade în cazul afecțiunilor hepatice.

Instalarea efectelor somatice secundare consumului cronic de etanol (toleranța și dependența) este direct proporțională cu durata consumului și cantitățile consumate.

Metabolizarea alcoolului este ***0,5 litri pe zi***, reprezentând ***limita fiziologică superioară a corpului de metabolizare a alcoolului***. Depășirea acesteia determină efecte negative asupra neuronilor, ceea ce duce la simptome psihopatologice.

Până în prezent, studiile realizate au evidențiat faptul că majoritatea persoanelor dependente de alcool consumă spirtoase și vin, iar în cele mai multe dintre cazuri se consumă sub 1 litru pe zi, în general acesta fiind reprezentat de spirtoase.

Efectele biofizice ale alcoolului apar când creșterea alcoolemiei se asociază cu starea de euforie, iar scăderea alcoolemiei se asociază cu stare de iritabilitate și tristețe. Persoanele care consumă alcool în mod excesiv prezintă risc crescut pentru dependența de benzodiazepine, iar urmașii acestora pot avea o stare euforică la administrare.

Dacă ne referim la **complicațiile somatice și fiziologice**, în practică se remarcă următoarele:

1. **La nivelul SNC** – pot apărea convulsii, stări confuzionale, psihoze toxice, sindrom Korsakoff, encefalopatia Wernike – Korsakoff, polinevrita periferică, nevrita optică.
2. **La nivelul aparatului digestiv** – apar gastrite toxice, ulcere, pancreatită, hepatită cronică, ciroză hepatică, deficiențe vitaminice complexe, hipoproteinemii, absența

vitaminei B1 responsabilă de encefalopatie, crize hipoglicemice, anemie secundară (deficitul de acid folic, deficiențe de absorbție), deficit proteic.
3. **Efecte cardiovasculare** – cardiomiopatie.
4. **Alterarea funcțiilor imunitare** – risc crescut de cancer, accidente vasculare (cerebrale și miocardice), TBC.
5. **Traumatisme cranio-cerebrale.**
6. Mult mai mare **susceptibilitate la infecții.**
7. La acestea se adaugă **sindromul alcoolic fetal** – consumul excesiv de alcool influențând greutatea la naștere, greutatea placentei, numărul de copii născuți morți etc.

Tulburările de sevraj ocupă un loc special în psihopatologia consumului de alcool și apar în urma renuntării la consum. Se manifestă la un pacient la care toleranța și dependența s-au instalat (***durata consumului mai mare de 5 ani***) și care întrerupe consumul, din cauze voluntare sau involuntare. În ICD 10 se face diferența între forma de sevraj necomplicat și sevrajul complicat (delirium tremens).

Debutul are loc într-o perioadă de timp ce poate varia de *la câteva ore la 72 de ore* de la întreruperea sau scăderea consumului.

În faza inițială, ***manifestările*** cuprind ***semne fizice***:
- transpirații, în special nocturne;
- tremor al extremităților;
- tahicardie;
- senzație de disconfort gastric – greață, vărsături;
- hiperemie facială;
- midriază;

cât și ***semne psihice***:
- insomnii, coșmaruri;
- anxietate;
- iritabilitate marcată;
- stare confuzională de tip delirant manifestată prin dezorientare temporospațială și allopsihică;
- tulburări de atenție și de memorie;

- iluzii vizuale şi halucinaţii (mai frecvent cele vizuale şi tactile, dar pot fi şi altfel de halucinaţii), atât iluziile, cât şi halucinaţiile având un caracter zoopsihic: subiectul „simte" că animale sau insecte îl asaltează, îl deranjeajă zi şi noapte;
- umbre, false recunoaşteri;
- macropsii şi micropsii;
- idei delirante fragmentare cu aspect paranoid (poate exista şi delirul profesional);
- agitaţie psihomotorie, uneori cu heteroagresivitate alteori cu autoagresivitate – de obicei consecinţă a halucinaţiilor şi ideilor delirante;
- crize convulsive, acestea ducând la o complexitate crescută a tabloului manifestărilor sevrajului.

Semnele somatice au în vedere un facies hiperemic, transpiraţii, tremurături ale extremităţilor, tahicardie, hipo sau hipertensiune arterială, febră (chiar şi în afara unui focar infecţios); greţuri, vărsături, diaree; tegumente şi mucoase deshidratate; semne de polineuropatie. **Semnele paraclicice** presupun dezechilibre hidroelectrolitice şi acido-bazice, hipopotasemie, hipocalcemie, hipomagnezimie; hipoglicemie; alcalcoza (secundară hiperventilaţiei şi scăderii concentraţiei de potasiu şi magneziu; trombocitopenie, anemie, modificări ale funcţiei leucocitare, care pot fi explicate prin frecvenţa infecţiilor recurente la alcoolici, semne de insuficienţă hepatică în alcoolismul complicat.

Consumul de alcool şi influenţe la nivel psihosomatic

Termenul de **„complicaţie"** presupune apariţia ulterioară a celei de-a doua tulburări, agravarea condiţiei primare prin apariţia

celei secundare, între acestea existând o relație de determinare a condiției secundare.

Consumul de alcool accentuează trăsăturile personalității antisociale, anxioase, depresive şi se asociază personalității de tip borderline, unei disforii labile, suspiciozității, violenței.

Efectele consumului excesiv de alcool, şi implicit, complicațiile pe care le generează acesta se referă la:

- ✓ **Crizele convulsive de sevraj** care pot fi de sine stătătoare, sau pot apărea în cadrul sindromului de sevraj complicat sau necomplicat. Acestea pot apărea într-o perioadă de la 24–72 de ore de la încetarea consumului.
- ✓ **Tulburări psihotice induse de alcool,** cum este halucinoza alcoolică Wernicke.
- ✓ **Tulburări amnestice persistente induse de alcool – sindromul amnestic** – sindromul amnestic Korsakoff, encefalopatia Wernicke – Korsakoff.
- ✓ **Demența alcoolică.**
- ✓ **Paranoia alcoolică.**
- ✓ **Sindromul alcoolic fetal** – apare la copilul născut din mame alcoolice: greutate mică la naştere, scăderea circumferinței capului, microoftalmie, hipoplazie maxilară, anomalii cardiace, retardare mentală, iritabilitate, hiperactivitate, tremor (după naştere, echivalent cu sindromul de sevraj).
- ✓ **Depresia în alcoolism** – poate fi expresia unei tulburări de dispoziție, ca reacție la consecințele dependenței de alcool pe plan social, familial, profesional, secundară tulburărilor morfologice determinate de acțiunea etanolului asupra SNC.
- ✓ **Tulburări de personalitate organică** – sunt de fapt tulburări comportamentale: violență, agresivitate, scăderea capacității de control al instinctelor.

- ✓ **Tulburări organice de dispoziție.**
- ✓ **Tulburări anxioase.**
- ✓ **Tulburări psihotice.**
- ✓ **Tulburări psihice asociate:**
  1. Deteriorarea personalității: subiectul devine mai egocentric, standardele comportamentale intră în declin, este mai puțin responsabil în familie, la locul de muncă; începe să mintă.
  2. Tulburări afective: depresie, anxietate.
  3. Comportament suicidar – Kessel și Grossman prezintă un procent de 8% sau 6–20% referitor la acest aspect.
  4. Scăderea funcției sexuale; disfuncții erectile, ejaculare întârziată etc.
  5. Gelozia patologică; ideea delirantă că partenerul este infidel.
  6. Halucinoza alcoolică: halucinații (persistente și organizate) auditive pe fondul unei conștiințe lucide.
  7. Manifestările de mai sus se pot asociază schizofreniei sau depresiei.

Complicațiile sunt cu atât mai accentuate cu cât consumul și excesul de alcool debutează încă din perioada pubertății și adolescenței, suicidul fiind frecvent printre adolescenții băutori (mai ales când consumul de alcool maschează o depresie profundă) dar mai ales la vârstnici când este combinat cu medicamente.

La acestea se adaugă și o serie de ***simptome de natură psihosocială***, cum ar fi izolarea și retragerea din relațiile interpersonale, apariția unui sentiment general de deznădejde, culpabilitate, depresie (alcoolul este un depresiv și va reuși să accentueze perioadele de tristețe și confuzie).

• **Sindroame caracteristice asociate cu dependența de alcool sunt:**

1. ***Sindrom nevrotiform*** constă în insomnii, coşmaruri, inapetență, disfuncții vegetative nocturne şi diurne.
2. ***Sindrom psihopatoid*** care se asociază cu relații dizarmonice cu familia, violență, rejectarea tratamentului, iritabilitate.
3. ***Sindrom lezional de intensitate psihopatoidă*** se referă la sindromul consecințelor organice asupra SNC şi SN periferic: tremurături, deteriorare.
4. ***Sindrom lezional de intensitate neurologică*** – cuprinzând tulburări funcțional – neuronale de intensitate psihotică: halucinoză, episoade confuzive şi de tip paranoid.

După 2 săptămâni primele două sindroame dispar, iar al treilea are o evoluție lentă, lăsând urme, în timp ce al patrulea sindrom, prin evoluția sa, duce la accentuarea deteriorării. Primele două reprezintă *manifestarea acută*, iar ultimele două – *manifestarea cronică.*

Când persoana dependentă de alcool ajunge la un stadiu final urgența este medicală este şi apar o serie de caracteristici specifice: delirium, halucinoză, epilepsie alcoolică, paranoia alcoolică.

Este foarte important să se înțeleagă că aceste sindroame sintetizează tulburările prezentate anterior, atât în cadrul complicațiilor la nivel somatic, cât şi în cadrul celor de nivel psihologic.

Tulburări psihice majore induse de alcoolism

A. Intoxicațiile:

– **intoxicația alcoolică idiosincretică** se referă la realizarea unor acte inadecvate agresive manifestate la câteva minute după ingestia alcoolului (o cantitate insuficientă pentru producerea intoxicației la majoritatea oamenilor),

determinând un comportament ne caracteristic persoanei respective.

- **„memory blackouts”** (goluri în memorie) – se referă la amnezia de scurtă durată, după ce a fost ingerată o cantitate mai mare de alcool.

B. Sevrajul, asociat deliriumului tremens – apare în urma consumului excesiv de alcool pe o perioadă de mai mulți ani. Se caracterizează prin: activitate mintală haotică, obnubilare, dezorientare în timp şi spațiu, slăbire a memoriei datelor recente, tulburări de personalitate, interpretări false ale stimulilor, halucinații, agitație, frică, insomnii, tremor, tulburări vegetative (transpirație, febră, tahicardie, hipertensiune). Durează aproximativ 3–4 zile, fiind mai severe noaptea. Perioada de delirium tremens se asociază în general cu o amnezie totală sau parțială a acesteia.

Teorii explicative ale consumului excesiv de alcool

În funcție de cercetările care s-au realizat şi de concepția teoretică şi metodologică a specialiştilor implicați în acest domeniu, se poate vorbi despre mai multe dimensiuni explicative ale dependenței alcoolice.

După cum se va vedea în prezentarea ulterioară, aceste cercetări cu specific diferit nu se contrazic decât în aparență, deoarece fiecare dintre ele vine să completeze tabloul nosografic şi etiologic al acestei dependențe. Prin explicațiile pe care acestea le oferă şi laturile pe care le evidențiază se poate realiza o intervenție terapeutică adecvată, în funcție de particularitățile individuale, respectiv o intervenție terapeutică adaptată cerințelor şi nevoilor fiecărei persoane (mai ales la adulții tineri).

Teoriile explicative se pot grupa în două mari ***categorii***: **1. teorii explicative psihosociale**, care vizează atât *particularitățile psihologice ale persoanei* (patternuri de personalitate specifice, imaginea de sine, motivațiile bazale care orientează și ghidează conduita, comportamentul de coping în condiții de stres, sistemul de valori, atitudini, credințe, opinii), cât și operatorii socioculturali (educația, ideologia, cultura din care face parte persoana, normele sociale ale grupului de apartenență, religia); **2. teorii explicative fiziologice și psihosomatice** evidențiind implicațiile și valențele patologice ale structurilor anatomice, ale particularităților neurotransmițătorilor.

Totuși, concluzia la care au ajuns unii cercetători este că, indiferent de abordarea explicativă, inițial apare dependența psihică, apoi cea fizică.

Încercare de explicare fiziologică și psihosomatică

Teoriile care se înscriu în această categorie surprind aspecte diferite referitoare la structura și funcționalitatea anatomo-fiziologică a organismului uman. Acestea reflectă progresul tehnicii din momentul în care au fost desfășurate studiile, dar și abordarea teoretică specifică. Astfel, în acest context sunt prezentate următoarele teorii:

1. **Teoria genetotrofică** a fost concepută de *Williams* în 1947. Acesta consideră că la baza consumului excesiv de alcool se află un deficit metabolic premorbid și evidențiază importanța rolului glandelor endocrine, a hipofuncției cortico- suprarenale, și a alterării centrilor hipotalamici.
2. **Teoriile fiziopatologice** subliniază importanța factorului umoral specific: disfuncții endocrine, carențe alimentare.

3. Punctul culminant al cercetărilor realizate în această sferă îl are aşa numitul **model biogen**, potrivit căruia alcoolismul este un răspuns primar de dependenţă la alcool la un băutor biologic susceptibil, indiferent de caracter sau de personalitate. Studiile care s-au efectuat atât pe animale, cât şi pe oameni au arătat în mod repetat că dependenţa de alcool poate fi ereditară. Un număr de diferenţe biologice înnăscute au fost descoperite la alcoolici, alături de numeroase diferenţe iniţiale şi progresive în răspunsul biologic la alcool. Diferenţele au fost găsite în patternurile undelor cerebrale, în enzime, în neurotransmiţători, în funcţiile ficatului, în metabolismul alcoolului şi în efectul alcoolului asupra performanţei, a dispoziţiei şi a abilităţilor mentale. Dependenţa de alcool este selectivă, iar această selecţie este biologică. Pentru a susţine această poziţie, se aduce şi următorul argument: alcoolismul nu este niciodată diagnosticat decât după structurarea caracterului şi personalitatea sunt distorsionate şi emoţiile normale sunt amplificate şi în plan neurologic la nivelurile anormale ale angoasei cronice, fricii, resentimentului, culpabilităţii şi depresiei. Aceste **distorsiuni** sunt cele care, din punct de vedere clinic, identifică alcoolismul, nu caracterul original· şi personalitatea. Cel mai adesea, alcoolismul este ereditar, dar multe persoane devin dependente de alcool, încrucişând adicţiile cu alte medicamente (prescrise sau ilicite) sau datorită afecţiunilor creierului sau ale ficatului. În continuarea efectelor acute instalate devreme pentru alcool (efectele stimulatoarea şi energizante asupra minţii şi ale vieţii) există 3 moduri ale deteriorării progresive ale creierului care sunt implicate în transformarea personalităţii şi a caracterului, în timp ce creşte puterea emoţiilor şi a dependenţei. Între episoadele consumului de alcool notăm faptul că:

- Toate celulele creierului se află într-o stare toxică. Dezintoxicarea şi stabilizarea lor necesită câteva săptămâni de abstinență totală atât în ceea ce priveşte alcoolul, dar şi alte droguri nepermise (ilicite), mai ales pentru tineri şi adolescenţi.
- Milioane de celule ale creierului sunt deteriorate, iar repararea şi „vindecarea" lor necesită câteva luni de abstinență.
- Câteva milioane de celule ale creierului mor. Moartea lor este permanentă, dar se crede că în timpul unei perioade de 4 ani de totală abstinență, celulele supraviețuitoare compensează pierderea celorlalte.

Uşor ameliorate în timpul primei săptămâni de abstinență, cele 3 moduri de deteriorare au un efect combinat asupra ansamblului funcţiilor creierului, producând simptome psihologice primare şi secundare:

- **Simptomele psihologice primare** se referă la tulburările neuropsihologice directe, cum ar fi angoasa mentală, defectele memoriei, confuzia mentală, dezorientarea, creşterea intensității emoţiilor.
- **Simptomele secundare** se referă la reacţiile psihologice ale pacientului în raport cu primele, şi includ frica, negarea, proiecţia, raționalizarea, distorsiuni ale personalității, deteriorarea imaginii de sine şi a încrederii în sine, imaturitate regresivă şi alte aberaţii mentale şi emoționale.
- **Simptomele terțiare** includ sentimentul culpabilității, al ruşinii, remuşcărilor, resentimentului, neajutorării, disperării, depresiei. Se crede că stări complexe, cum ar fi depresia sau imaturitatea regresivă apar prin îmbinarea factorilor primari, secundari şi terțiari.

Plecând de la acest model, două organizații, **Societatea Americană a Medicinii Adicțiilor** (American Society of Addiction

Medicine) şi **Consiliul Naţional al Alcoolismului şi Dependenţei de Droguri** au formulat împreună o nouă definiţie a dependenţei de alcool, potrivit paradigmei biogenetice: „***alcoolismul este, în primul rând, o boală cronică influenţată în dezvoltarea şi manifestarea sa de factori genetici, psihosociali şi de mediu".*** Astfel, factorii psihosociali şi de mediu nu mai sunt influenţaţi univoc şi primordial.

Încercări explicative cu tentă psihosocială

Această categorie a teoriilor surprinde persoana atât din punct de vedere al patternurilor de personalitate, cât şi din perspectiva modului în care se realizează integrarea socială, interacţiunile cu ceilalţi membri ai societăţii. În acest context se remarcă:

1) **Teoria heredo-alcoolică** care îl are ca autor pe *Burgger* (1955). El insistă, în încercarea de a da o explicaţie dependenţei de alcool, asupra întoarcerii spre faza orală a dezvoltării dorinţelor sexuale, evidenţiindu-se, concepţia psihanalitică.
2) *Ferren* vorbeşte despre existenţa unei **personalităţi alcoolice** – ar fi vorba despre acea personalitate care se găseşte în întregime sub influenţa dependenţei faţă de alcool, ceea ce îi conferă un sentiment de satisfacţie şi autoputernicie.
3) *P. Janet* insistă asupra rolului **decompensatoriu al alcoolului**, adică efectul acestuia de descărcare a tensiunii psihice în situaţiile conflictuale, asociate cu apariţia anxietăţii.
4) La noi în ţară, **Petru Boişteanu** evidenţiază importanţa **factorului social** – alcoolul creează o „lume proprie" în

care persoana dependentă de alcool se refugiază din fața condițiilor reale de trai.

5) Alte teorii, precum cele ale lui **Kretschmer, Binswanger și Pohlich** se axează pe corelația dintre caracteristicile tipului picnic și alcoolism.

6) Aceste teorii își află apogeul în cadrul **modelului psihogen** care se bazează pe credința aproape universală că alcoolismul este un simptom sau o consecință a unui *defect de caracter*, defect „întărit", un răspuns distructiv la problemele sociale și psihologice, un *comportament învățat*.

7) O altă perspectivă, diferiră de cele prezentate până acum este oferită de **Eric Berne**, inițiatorul Analizei Tranzacționale, interpretând **alcoolismul, pe de o parte din perspectiva unui joc psihologic, pe de altă parte din perspectiva analizei structurale**. Aceasta este un mod de structurare a timpului, bazat *pe reguli și legi*, de cele mai multe ori plasate în afara câmpului conștiinței persoanelor implicate. Ele se caracterizează printr-o intensitate mare, iar emoțiile sunt canonice. Prin această modalitate se încearcă substituirea intimității autentice. Când oamenii refuză să respecte regulile, manifestările lor emoționale sunt considerate a fi nelegitime, și de aceea sunt sancționate.

În analiza jocului, Eric Berne consideră că nu există ceea ce se numește alcoolism sau alcoolic, dar există **jocul numit „Alcoolicul"**. În formulă completă se joacă în 5, deși rolurile pot fi condensate astfel încât se poate începe și se poate încheia în 2. Rolul principal este jucat de ***Alcoolic***. Principalul rol de sprijin este acela al ***Persecutorului***, de obicei jucat de un reprezentant al sexului opus, adesea de celălalt soț. Al treilea rol este ***Salvatorul***, jucat de obicei de cineva de același sex, cum ar fi medicul de familie, pe care îl preocupă soarta pacientului și problemele sale legate de alcool. În situația clasică, medicul reușește să-l lecuiască

pe pacient de dorința de a bea. După ce acesta a reuşit să nu mai bea timp de 6 luni, cei 2 se felicită reciproc. În ziua următoare, Alcoolicul este găsit căzut într-un şanț.Al patrulea rol este cel al ***Fraierului***. În literatură acesta este jucat de vânzătorul de la magazinul alimentar care îi deschide credit subiectului, îi dă o cafea, fără a încerca să-l **persecute** sau să-l **salveze**. În viața reală, acesta este jucat cel mai adesea de către mamă, care îi dă bani şi îl compătimeşte pentru că soția nu-l înțelege. În acest aspect al jocului, el este pus să dea socoteală într-un mod plauzibil în legătura cu nevoia de bani – printr-un proiect pe care amândoi par a fi dispuşi să-l accepte ca fiind adevărat.

Uneori Fraierul se strecoară într-un alt rol care este de ajutor, dar nu esențial: „băiatul bun" care oferă ajutor fără ca măcar să i-l fi cerut cineva: „hai cu mine să bem ceva, puțin (şi să o iei mai repede la vale).Slujitorul de profesie în toate jocurile cu alcoolici este barmanul sau chelnerul care serveşte băutura. În jocul „Alcoolicul" el joacă al cincilea rol, „***Omul de legătură***", sursa directă de aprovizionare care înțelege limbajul consumatorilor de alcool şi care, într-un fel, este persoana cea mai importantă în viața oricărui împătimit.

Diferența dintre omul de legătură şi ceilalți participanți la joc este că acesta este un profesionist al jocului, care ştie când să se oprească. La un anumit moment, un barman priceput refuză să-l mai servească pe Alcoolic care rămâne fără resurse dacă nu dă peste un „om de legătură" înțelegător. În faza inițială a „Alcoolicului" soția poate juca toate cele trei roluri de sprijin: la miezul nopții – Fraierul, dezbrăcându-l, făcându-i cafea, lăsându-l s-o bată; dimineața – Persecutorul, criticându-l pentru beția lui; seara – Salvatorul – implorându-l să renunțe să mai consume alcool în cantități aşa de mari. În faze mai avansate, uneori din cauza degradării organice, Persecutorul şi Salvatorul pot fi eliminați, dar pot fi tolerați dacă acceptă să fie surse de aprovizionare, el acceptând chiar şi o

dojană atât timp cât poate obține un ajutor de vreun fel, după aceea în ceea ce privește aprovizionarea cu alcool. Punctul culminant este mahmureala de a doua zi, obținerea iertării din partea soției, băutul fiind doar o plăcere întâmplătoare cu avantaje suplimentare. Pentru Alcoolic, mahmureala nu este atât suferință fizică, pe cât zbucium psihologic. Cele două **formule preferate de petrecere a timpului** sunt *Martini* (câte feluri de băuturi și cum au fost combinate) și *A două zi de dimineață* (stai să-ți spun cum este cu mahmureala mea). „Martini" „se joacă" de cei care beau împreună cu ceilalți; mulți alcoolici preferă o formulă dură psihologică de „a două zi de dimineață", iar organizații precum A.A. le oferă posibilități nelimitate pentru aceasta. Interesul prin-cipal în conversația multor alcoolici aflați sub terapie nu este faptul că beau – care este o scuză, cel mult față de persecutorii săi – ci ***suferința imediată de după aceea***. Obiectul tranzacției – băutul – pe lângă plăcerea personală pe care o aduce, creează o situație în care Copilul poate fi dojenit aspru nu numai de către Părintele interior, ci și de orice fețe părintești aflate în apropiere care sunt destul de interesate să facă acest lucru. Terapia din acest joc trebuie să se axeze nu pe băut, ci pe a două zi de dimineață, pe auto-indulgență în auto-flagelare.

Există numeroase organizații în jocul „Alcoolicul", multe dintre ele publicând regulile de joc. Aproape toate explică cum să fie jucat rolul Alcoolicului: se bea ceva înainte de micul dejun, sunt cheltuiți banii alocați altor scopuri. Ele mai explică și care este rolul Salvatorului.

Organizația Alcoolicilor Anonimi continuă să joace jocul real, dar se concentrează pe ideea de a-l determina pe Alcoolic să preia rolul Salvatorului. Sunt preferați foști Alcoolici pentru că aceștia știu cum se desfășoară jocul și sunt mai autentici în a jaca rolul de sprijin. S-au întâlnit cazuri când organizația AA a rămas fără Alcoolici care să-i justifice existența și de aceea, unii membrii s-au văzut nevoiți să înceapă iar să bea pentru că astfel nu mai puteau să continue jocul

în lipsa unor oameni pe care să-i salveze. Mai există şi organizaţii care au ca scop perfecţionarea lotului celorlalţi jucători. Unele fac presiuni asupra soţului sau soţiei Alcoolicului ca să treacă de la rolul de Persecutor la cel de Salvator. *Organizaţiile Al – a – teen* sunt printre singurele organizaţii care încurajează ruperea jocului şi nu doar schimbarea rolului.**Cura psihologică** a unui alcoolic constă mai repede în a-l determina să nu mai joace acest joc, decât să treacă pur şi simplu la un alt rol, dar este greu să găseşti altceva pentru Alcoolic decât continuarea jocului.

Deoarece Alcoolicul se teme de intimitate, de cele mai multe ori, înlocuitorul ar trebui să fie **un alt joc** şi **nu doar o relaţie** care să nu facă parte dintr-un joc. Aşa-zişii alcoolici vindecaţi nu sunt o companie prea stimulativă din punct de vedere social. Este posibil ca viaţa să nu li se pară prea interesantă şi ca ei să fie tentaţi să se întoarcă la vechile lor obiceiuri. ***Criteriul pe care se bazează o cură prin joc este ca fostul Alcoolic să poată bea cu măsură în societate, fără să se pună în pericol. Obişnuita „abstinenţă totală" nu este considerată a fi cea mai bună.***

O dată cu amploarea pe care a luat-o mişcarea de salvare, organizaţiile au popularizat ideea că alcoolismul este o boală şi alcoolici au fost învăţaţi să joace „Piciorul de lemn". Legea pare să încurajeze această idee, accentul mutându-se de la Persecutor la Salvator, de la *Sunt un păcătos* la *La ce să te aştepţi de la un om bolnav*. Această trecere nu pare să fi făcut modificări semnificative în ceea ce priveşte nivelul vânzărilor pentru băutorii înrăiţi. Cu toate acestea, pentru majoritatea, organizaţia Alcoolicilor Anonimi este cea mai bună iniţiere în terapia abstinenţei. „Alcoolicul" este un joc dur, iar renunţarea este foarte dificilă. Este important ca în cura terapeutică să se refuze jucarea rolului de Persecutor şi de Salvator.

Din acest punct de vedere, este nepotrivit, în aceeaşi măsură să se joace rolul Fraierului, permiţându-i pacientului său să-şi ignore obligaţiile de ordin financiar sau pe cele cotidiene. Procedura

terapeutică din punct de vedere tranzacțional este adoptarea unei poziții contractuale de Adult şi refuzarea asumării oricărui rol, în speranța că pacientul va fi capabil să accepte nu numai să se abțină de la băut, dar şi să mai participe la acest joc. Dacă nu este în stare de aceste lucruri, cel mai bine este să fie dat în grija unui Salvator.

Băutorul înrăit este privit în țările occidentale ca un obiect de critică, îngrijorare sau generozitate, iar cineva care refuză să joace rolul Salvatorului tinde să stârnească indignarea publică. O abordare mai rațională se poate dovedi mai neliniştitoare pentru Salvatori decât pentru Alcoolic, uneori având consecințe nefericite asupra terapiei. **În concluzie**, se poate sune că ***teza, în acest caz, este „cât de rău am fost; vezi dacă mă poți opri" şi are drept scop auto-pedepsirea***. Din punct de vedere dinamic este vorba despre deficiențe la nivelul oral.

Copiii alcoolicilor trec adesea prin manevrele caracteristice Alcoolicului. „Vezi dacă mă poți opri", care presupune minciuni, ascunderea obiectelor, căutarea de comentarii depreciative, căutarea de oameni care să ofere ajutor, găsirea unui vecin binevoitor care să dea o mână de ajutor dezinteresat. Autocritica este adesea amânată pentru mulți ani mai târziu. Tranzacțiile au loc la nivelul **Părinte – Copil** şi se urmăresc următoarele faze: (a) provocare – acuzare sau iertare (b) îngăduință – furie sau dezamăgire. În opinia lui Eric Berne avantajele ar fi următoarele:

- **psihologice interne** – (a) băutul ca procedură-revoltă, stroke-uri sau satisfacția nesațului, (b) „Alcoolic" joc de tip auto-pedepsire;
- **psihologice externe** – evitarea intimității sexuale sau a altor forme de intimitate;
- **sociale interne** – „Vezi dacă mă poți opri";
- **sociale externe** – „Mahmureala", „Martini" şi alte forme de petrecere a timpului;
- **biologice** – schimburi alternative de duioşie şi furie;

• **existențiale** – „toți îmi vor răul."

Se impune următoarea precizare: „Fraierii" nu sunt nişte persoane atât de jalnice pe cât le spune numele. Ei sunt nişte **persoane singuratice** având mult de câştigat purtându-se frumos cu Alcoolicii.

Analiza structurală presupune existența a trei structuri ale Eului: ***Părintele*** (cuprinde reguli, norme, interdicții cu valențe sociale, critici, judecăți şi prejudecăți), ***Adultul*** care realizează o evaluare adaptată a realității, aşa cum este ea percepută „aici şi acum", în vederea unei adaptări optime şi ***Copilul*** – *Copilul liber* (intuiție, spontaneitate, creativitate, emoții) şi *Copilul adaptat* (supunere la regulile şi normele sociale, conformism, chiar exagerat sau respingerea acestora în totalitate, rebeliune, nonconformism – două fețe ale aceiaşi monede). Din această perspectivă, se consideră că se apelează la intoxicația cu alcool pentru ca astfel să poată fi anihilat Părintele care permite, pe această cale, eliberarea Copilului adaptat de sub influența acestuia şi descătuşarea şi transformarea sa în Copil liber. În felul acesta persoana câştigând încrederea în sine şi respectul față de sine, chiar dacă doar pentru moment. Când autostima este scăzută, persoana are o senzație de vid interior pe care încearcă să-l umple, agățându-se în mod compulsiv de suporturi exterioare; în aceste condiții nevoia de a umple vidul interior devine automată, repetitivă şi plină de disperare.

8) Adicția legată de **problemele autostimei**, după **Irina Holdevici** şi reprezentate de *autoacceptare*, consideră că acestea stau la baza comportamentului adictiv, ca în cazul toxicomaniei. Astfel, ***alcoolismul apare ca un simptom al unei imagini de sine deficitare.***

Adicția reprezintă un **ataşament** față de un obiect sau față de o persoană cu menirea de a-i trezi subiectului un sentiment de **satisfacție şi uşurare**.

O alternativă sănătoasă la comportamentul adictiv este cultivarea autostimei sau, mai exact, a forței şi încrederii care

izvorăsc din interior. Aceasta nu se construieşte dintr-o dată, ci reprezintă un proces complex şi de durată, în care elementul fundamental îl constituie dorința şi capacitatea subiectului de a avea grijă de propria sa persoană. Aceasta înseamnă că subiectul trebuie să conştientizeze nevoile sale fundamentale şi să facă demersurile necesare în vederea satisfacerii lor – prin terapie.

Cercetările lui *Foster şi colab.* (1998) au evidențiat că **abstinența** este corelată cu o creştere a calității vieții, iar consumul sever de alcool cu o scădere a acestui indicator. Creşterea calității vieții după un program de antrenament indică un outcome bun şi o posibilitate mai îndepărtată de recădere. În felul acesta, calitatea vieții se poate înscrie alături de alte variabile, ca un indicator confident de măsurare a „outcome-ului" într-un program terapeutic.

9) Consumul excesiv de alcool poate fi explicat şi prin raportarea la următoarele trei dimensiuni psihologice, circumscrise **reacțiilor exagerate la frustrările mediului**
– ***în plan cognitiv***: reacții obsesive, ruminare neîncetată cu privire la frustrarea sau handicapul suferit. Gândul nu este orientat spre căutarea soluției, ci spre „rumegarea" nesfârşită a eşecului înregistrat. Evenimentul este îngrozitor, teribil, oribil. Această **evaluare catastrofică** este asociată cu o generalizare nefondată cu privire la viitoarele acțiuni, acestea conducând în continuare la eşec.

Neîndeplinirea dorințelor cu privire la sine, la alții, la evenimente nu poate fi suportată; persoana nu va mai putea fi niciodată fericită, mai bine ar muri.

În plan emoțional – persoana se simte anxioasă, deprimată, mâniată şi este înclinată să-şi plângă singură de milă.

În plan comportamental – apar acte de evitare a ariei de activități în care persoana a suferit eşecul, manifestări fobice, abordare cu teamă a situațiilor în care subiectul a eşuat, ceea ce conduce la creşterea probabilității unui eşec.

În cazuri severe se notează un comportament dezorganizat, compulsiv, alcool, droguri, crize de nervozitate.

Irina Holdevici face diferențierea între *nevoile și perturbările primare și nevoile și perturbările secundare.* Perceperea perturbărilor este asociată cu probleme nevrotice primare, care sunt generate în mod obișnuit de perturbarea Eu-lui și perturbarea legată de disconfort. Primele sunt asociate ***sentimentelor de rușine, vinovăție, neadecvare, lipsă de valoare.*** Ultimele se referă la sentimentele generate de ***toleranța scăzută la frustrare*** și mânia împotriva lipsei de amabilitate și „nedreptății" oamenilor și a lumii. Cel antrenat într-un astfel de proces este deprimat de conștientizarea acestei stări, se neliniștește când constată că se întâmplă ceva, deoarece se simte tulburat sau dezvoltă sentimente de vinovăție pentru faptul că s-a purtat atât de agresiv, sentimente care la rândul lor îl deprimă, îl neliniștesc sau îl enervează și mai tare. El insistă asupra faptului că trebuie să nu sufere de perturbările primare, și, ca urmare, creiază o nouă perturbare pornind de la constatarea **propriei anxietăți și a scăzutei toleranțe la frustrare**.

Sentimentele aberante induse de credințele, părerile iraționale conduc la perturbări cognitive mai accentuate, la păreri tot mai îndepărtate de realitate, care intensifică sentimente tulburătoare. Ideile nerealiste și ilogice creează sentimente negative, care, la rândul lor perpetuează și amplifică atitudinile nevrotice.

Aceste particularități caracterizează aproape în totalitate specificul psihopatologic al dependenței de alcool, de aceea ele au fost menționate în acest context.

Sintetic am putea spune că, prin contrastul pe care îl realizează cele 2 paradigme se evocă clasica parabolă a lui Robert Louis Stevenson a dependenței – **„Dr. Jekyll și Mr. Hyde".** Din perspectiva psihogenă nebunul, criminalul Hyde este persoana

reală, în timp ce, din perspectiva biogenă, Jekyll este cel real, Hyde fiind o distorsiune neuropsihologică creată de substanțele chimice provocatoare de dependență.

Drogurile și dimensiunea spirituală a vieții

Religia poate fi abordată ca sistem simbolic specific, dar și ca instituție socială (biserica) și ca viață subiectivă.

Potrivit concepției tradiționale a culturii religioase, *alcoolismul este un păcat*, ceea ce duce la o serie de diferențe specifice acestei paradigme în ceea ce privește modul de realizare a managementului stresului și a structurării ulterioare a personalității.

Astfel, s-a constat că îndepărtarea de religie, ca dimensiune spirituală fundamentală a personalității (indiferent de specificul religios conceptual, ideatic și valoric promovat – cu referire, în primul rând, la religiile fundamentale recunoscute – ortodoxism, catolicism, iudaism) se asociază, de multe ori cu practicarea unor obiceiuri dăunătoare, atât din punct de vedere al funcționalității fiziologice a organismului, cât și din punct de vedere al calității vieții psihice.

Nu de puține ori se ajunge la excese, care au valențe patologice, cum este cazul consumului exagerat de alcool, consumului de droguri. Unele studiile realizate au evidențiat faptul că există o relație semnificativă între **convingerile religioase** și **practicarea obiceiurilor sănătoase**.

Pulisuk a arătat că persoanele care fac parte dintr-o structură socială, inclusiv afilierea ca membri ai unei biserici (este vorba despre persoanele motivate intrinsec) realizează o protecție sau o imunitate mai importantă față de tulburările fizice și psihice. De asemenea, s-a constatat că persoanele care participă frecvent la serviciile religioase au o tendință mai scăzută la depresie, folosind mai puține tranchilizante și sedative.

Gordon W. Allport, pe linia studiilor de psihologie a religiei pe care le-a efectuat a constatat că persoanele care sunt motivate intrinsec pentru dezvoltarea dimensiunii spirituale a vieții sunt mai predispuse spre autocunoştere, fac mai bine față experiențelor dificile cu care se confruntă, au mai puține depresii şi o mai înaltă acceptare de sine, tolerează mai bine eşecurile, sunt mai puțin agresive. Acestea sunt exact acele particularități care lipsesc din profilul personologic al persoanelor dependente de alcool.

Aceste observații demonstrează existența unor **corelații** evidente, chiar dacă, încă, insuficient studiate. Acestea sunt *trăirea subiectivă a sentimentului de unitate cu divinitatea*, *orientarea către găsirea unor sensuri profunde ale vieții* şi *adicția față de diferite substanțe* (inclusiv alcoolul), toleranța scăzută la stres şi la frustrare, adică acele aspecte considerate a fi bazale în dezvoltarea unor tulburări de personalitate, dar şi a unor tulburări psihosomatice.

În acele comunități în care nu există o instituție specializată în vedere organizării unei intervenții psihoterapeutice, rezolvarea acestor probleme îi revine Bisericii.

Apoi recuperarea depinde de conştientizarea de către alcoolic a păcatului său, urmând pocăința şi nevoia sa de eliberare. Această metodă s-a dovedit a fi uneori eficientă având în vedere faptul că acolo unde centrele medicale de dezalcoolizare au eşuat, Biserica a reuşit să modifice nu doar un model comportamental vicios al individului, ci modul de gândire şi relaționare (există asemenea reuşite pe plan național – în special în Ardeal şi internațional – supervizate mai ales de Biserica Catolică).

Conformismul la majoritate

Explicarea dependenței de alcool se poate face, după cum am subliniat la început, şi dintr-o perspectivă socială. Este vorba despre

apartenența la un grup social, despre modul de relaționare în cadrul acestuia, dar mai ales, despre presiunea grupului la conformism.

Tipul de grup şi existența acestuia sunt facilitate de o serie de norme sociale, definite ca fiind ***reguli standardizate de conduită, recunoscute şi practicate de majoritatea membrilor unei comunități şi a căror încălcare atrage după sine sancțiuni specifice (oprobiul public)***.

În acceptarea şi interpretarea unui **rol social** se produce un fenomen de identificare cu normele care reglează din punct de vedere sociocultural comportamentul adiacent rolului, caracteristicile acestuia fiind asumate şi interiorizate, ceea ce duce la modificări ale imaginii de sine în sensul rolului asumat.

Rolul pe care îl interpretează persoana în mod convingător modelează personalitatea acesteia, personajul insinuându-se în structurile personale, inducându-i caracteristicile sale. Astfel, dacă persoana face parte dintr-un grup care promovează alcoolismul asemenea unei valori, iar ea îşi asumă rolul unui consumator de alcool excesiv, este posibil să ajungă să-şi interiorizeze acest rol şi să se identifice cu el, devenind cu adevărat o persoană dependentă de alcool.

Conformitatea față de majoritate se caracterizează prin promovarea unei presiuni induse. Dacă subiectul contrazice grupul, atunci provocarea este directă, aceasta putând fi interpretată ca o violare a unei puternice norme sociale (ex. dacă nu bei înseamnă că nu eşti bărbat, ceea ce poate duce la excluderea din grup).

Valențele acestei presiuni pot fi înțelese mult mai bine dacă sunt circumscrise teoriilor trebuințelor.

Încă, *Ralph Linton* prezenta **3 nevoi psihologice fundamentale** totalmente actuale şi actualizate subiectului în discuție:

a. Nevoia de afiliere: prietenii, colegii sau familia trebuie să constituie elemente de suport social capabile să absoarbe stresurile inerente persoanei – de aceea este importantă *susținerea socială a alcoolicului care alege abstinența*. Pe de altă parte, această

nevoie subliniază importanța grupului social, subiectul conformându-se acestuia şi adoptând comportamente deviante şi patogene pentru a fi acceptat de acesta.

Suportul social este sinonim cu un sprijin acordat individului de către ceilalți, prin asigurarea nevoii de afiliere. Este necesar să se acorde o atenție sporită investițiilor afective riscante, deoarece această nevoie este bazală şi are un rol homeostatic, de multe ori persoana preferând să adopte un comportament patogen decât să fie respinsă.

Jurg Willi introduce termenul de **„nişă ecologică"**, desemnând prin acesta un ansamblu de relații sociale ale unui individ care sunt impuse de poziția sa în familie, profesie, societate şi care sunt inevitabile. Ele pot constitui, când sunt apreciate de persoană ca o sursă de creştere a sentimentului de afiliere, un veritabil „cuib" relațional care oferă căldură, zona în care acesta se simte în siguranță.

De aceea este atât de dificilă renunțarea la grupul de apartenență, chiar şi când acesta generează comportamente inadecvate atât din punct de vedere personal (psihologic), cât şi din punct de vedere social (când subiectul este conştient de consecințele nefaste pe care le are grupul asupra sa).

Este important ca orice om să-şi mențină **integritatea nişei** şi confortul asigurat de acele relații care îi sunt favorabile, revizuindu-le pe cele generatoare de conflict sau eliminându-le pe acelea care îi sunt constant nefavorabile.

b. Securitatea pe termen lung se referă atât la aspectele emoționale, cât şi la cele materiale, nesatisfacerea acestei trebuințe asociindu-se cu sentimente de incapacitate, instabilitate, lipsa controlului asupra propriei vieții şi nesiguranță, culminând cu anxietatea.

c. Noutatea experienței se referă la formarea unui reflex de evadare care poate îndeplini rolul de atenuare a stresului. Deseori alcoolul este folosit tocmai cu scopul de a evada din realitatea nesatisfăcătoare prezentă pe care o trăieşte subiectul (realitatea

socială) pentru a scăpa de emoțiile intense negative, de greutățile vieții, datorită efectelor euforizante şi amnestice ale alcoolului. Aceste fenomene sunt încercate mai ales de adolescenți şi tineri.

Eric Berne insistă asupra următoarelor avantaje ale ***contactului social***, care gravitează în jurul echilibrului psihosomatic, legate de următorii factori:

- Slăbirea tensiunii.
- Evitarea situațiilor periculoase.
- Dobândirea stroke-urilor – care semnifică recunoaşterea existenței.
- Menținerea unui echilibru stabil.

Stresul şi comportamentul de coping

În explicarea adicției față de alcool trebuie să se țină seamă şi de faptul că acest tip particular de comportament poate apărea ca urmare a unui comportament de coping.

Derevenco defineşte **stresul,** potrivit teoriilor cognitive, ca fiind „***dezechilibrul biologic, psihic şi comportamental dintre cerințele (provocările) mediului fizic, ambiental sau social şi dintre resursele – reale sau percepute – ale omului, de a face față (prin ajustare sau adaptare) acestor cerințe şi situațiile conflictuale***" (Derevenco, cit. de Iamandescu, 2002). El apare atunci când o persoană este pusă într-o situație disfuncțională, asupra căreia acționează o serie de factori perturbatori, a căror intensitate depăşeşte capacitatea de prelucrare, ceea duce la blocarea sistemului cognitiv, afectiv, motivațional, volițional, la manifestări inadecvate în raport cu solicitările normale şi factorii perturbatori – adoptarea unor strategii inadecvate de soluționare a problemelor.

Un rol deosebit în apariția şi amploarea stresului psihic îl au particularitățile cognitive, afective. motivațional – aspiraționale

(cu rol şi în formarea imaginii de sine) şi voliţionale ale subiectului, modelate de experienţa sa de viaţă familială şi profesională, incluzând evenimentele psihotraumatizante anterioare. Unele persoane prezintă vulnerabilitate (constituţională sau dobândită) în plan psihic la acţiunea factorilor stresori tradiţionali, obişnuiţi.

În acest context se întâlneşte expresia „***vulnerabilitate la stres***" care desemnează o receptivitate psihică crescută faţă de stresorii patogeni, capabilă să conducă la apariţia stresului psihic.

S. B. Sells consideră că stresul psihic ia naştere în următoarele condiţii:

1. Circumstanţele care surprind individul nepregătit pentru a le face faţă determină un sentiment de neputinţă care se asociază cu o imagine de sine scăzută, accentuate de lipsa antrenamentului, incapacitatea fizică şi intelectuală (de moment sau de „fond"). Ele echivalează cu bruscheţea acţiunii agenţilor stresori.
2. Când miza este foarte mare, un răspuns favorabil are consecinţe importante pentru individ, în timp ce eşecul (incapacitatea de a răspunde eficient la situaţia solicitantă) are un efect nociv, accentuând şi mai mult stresul psihic.
3. Gradul de „angajare" a individului (în funcţie de miză). Limitele personalităţii lui îi conferă o intensitate a stresului psihic direct proporţională cu acesta, respectiv pe măsură. ce doreşte să facă mai multe (dar personalitatea, prin resursele sale, nu-i permite), cu atât mai puternic va fi resimţit stresul psihic. Aici se poate sublinia acţiunea paradoxală a alcoolului, consumat pentru a permite persoanei să-şi depăşească „limitele": emoţiile negative, sentimentele de inutilitate şi incapacitate – dar care, prin efectele sale nu face decât să le accentueze.
4. Gradul de controlabilitate a situaţiei: cu cât este mai mic gradul de controlabilitate a situaţiei, cu atât este situaţia

mai stresantă. Importante sunt atât evaluarea controlului, cât şi controlul efectiv.

5. Predictibilitatea – prezicerea evenimentului stresant.
6. Sfidarea propriilor ţinte: situaţii care ne împing la limitele capacităţilor noastre şi reprezintă o provocare la adresa imaginii de sine.
7. Conflictele interioare: conflictele nerezolvate conştiente sau inconştiente care se asociază cu disonanța cognitivă (independență vs. dependență; izolare vs. intimitate; cooperare vs. concurență; exprimarea impulsurilor vs. standarde morale).

Dependența de alcool apare ca o strategie inadevcată de adaptare la o situație interpretată ca având valențele unui stres psihic. Principalul stil de coping prezent în acest caz este reprezentat de difuziunea identității, adică lipsa angajamentului, dar şi absența unor eforturi de a lupta efectiv.

Elementul definitoriu, atât ca premisă determinantă a dependenței de alcool, cât şi ca factor fundamental al unei recuperări optime este ***vulnerabilitatea psihică*** a persoanei. Aceasta mediază intensitatea, durata, şi potența reacțiilor la stres:

a. **Anxietatea:** nelinişte, aprehensiune, teamă, tensiune, tulburare de stres posttraumatic.
b. **Furia şi agresivitatea:** apar în situații de frustrare a persoanei, când efortul de a realiza un scop este blocat. De aici rezultă tendința agresivă ce motivează comportamentul pentru a leza obiectul sau persoanele care au provocat frustrarea.
c. **Apatia sau depresia.**
d. **Deteriorarea cognitivă** – scăderea performanțelor obținute la sarcini complexe. Are două surse: activarea emoțională intensă şi distragerea gândurilor când ne confruntăm

cu un agent stresor. Consecința este adoptarea unei maniere rigide de comportament, modalitățile vechi de comportament fiind inadecvate.

În concluzie, putem afirma că adaptarea slabă la stres se asociază cu un tip de control de confruntare (persoana manifestă un comportament agresiv la asumarea riscului), confruntarea dorințelor cu realitatea se asociază cu negarea, tendința de refugiu din realitate. Stresul apare ca fiind unul dintre agenții având cel mai înalt grad patogen.

Alcoolismul – comportament deviant

Devianța este o formă de comportament plasat în contradicție sau în afara normelor şi valorilor general recunoscute într-un anumit spațiu sociocultural, sau, după cum subliniază *Merton,* un ansamblu comportamental care amenință echilibrul social.

Dependența de alcool, dacă avem în vedere mai ales consecințele negative pe care le suscită, poate fi descrisă ş integrată conduitelor deviante, raportate la ansamblul societății. Dar se impune următoarea precizare: un comportament poate fi, în acelaşi timp, deviant în raport cu normele şi ideologia la nivel macrosocial, şi acceptat ca firesc la nivel microsocial, în cadrul grupurilor din care face parte persoana.

Recuperare şi abstinență

În cadrul teoriilor explicative ale adicției față de alcool, un rol important îl are modul de abordare al abstinenței şi recuperării, atât în vederea conturării unei imaginii clare, obiective şi adaptate

Zilnic 1 din 6 adulți consumă abuziv alcool

Copiii fac ce văd



la realitatea psihopatologică a consumului cronic de alcool, cât şi în vederea realizării unei intervenţii terapeutice optimale.

Una dintre întrebările frecvente care se pune în acest context este legată de procentul mare (unele cercetări vorbesc despre un procent de 50 până la 90%) al persoanelor care, deşi au urmat un program terapeutic în vederea recuperării, nu reuşesc să rămână abstinenţi decât foarte puţin timp din momentul în care au întrerupt programul terapeutic.

Încercând să dea un răspuns la această problemă, *Marlatt* şi colaboratorii săi (*Prochaska, Norcross & DiClemente*, 1994) au studiat circumstanţele în care frecvent oamenii recad, numite ***situaţii cu risc înalt*** (high-risk situation).

Astfel, aproximativ 35% dintre cei care au recăzut au trecut printr-o perioadă de **emoţii negative**, cum ar depresie, mânie, stres sau plictiseală. La aceştia se adaugă 16% care au recăzut în timp ce experimentau aceleaşi sentimente, dar într-o situaţie socială – un conflict cu soţia, cu rudele, cu prietenii sau cu un coleg. O criză în familie legată de starea de sănătate a unuia dintre membrii acesteia este o altă cauză comună.

Din nou se evidenţiază o legătură importantă între comportament şi emoţii. Aproximativ 20% dintre persoanele care au avut recăderi sub presiunea socială se aflau fie în compania unor persoane care făceau ceea ce ei nu ar fi trebuit să facă (exemplu: consumau alcool), fie erau supuşi **presiunii verbale** pentru a participa. Aproximativ 10% nu au putut rezista tentaţiei atunci când erau singuri. Vechea tentaţie poate reveni şi după câteva luni sau după un an.

Prochaska şi colaboratorii au descoperit că anumite **distorsiuni mentale** conduc la recădere: (1) *încrederea exagerată* în sine („cu siguranţă că am depăşit această problemă a băuturii”), (2) *auto-testarea* („voi păstra o sticlă ascunsă în birou pentru a-mi dovedi că nu mai am probleme”); (3) *auto-blamarea*.

Pe scurt, încrederea este bună, dar nu la un nivel exagerat. Negând riscul şi raționalizând comportamentul cuiva care îşi asumă un asemenea risc, alcoolicul se pregăteşte pentru un eşec, pentru care el nu se va simți responsabil (heteroatribuirea eşecului).

În acelaşi sens, *Chiauzzi* (1989) a identificat câteva aspecte specifice şi problematice ale celor care au avut **recăderi**, prezentând câteva ***trăsături de personalitate***: (a) ***compulsivitatea*** – perfecționismul, lipsa de exprimare a emoțiilor, personalitate supracontrolată – deoarece ei sunt de nedezlipit când recad; (b) ***dependența*** – indecizia, tendința de a se agăța de ceva sau cineva – deoarece ei se reîntorc la consumul de droguri când ceilalți îi abandonează; (c) ***pasiv-agresivitatea*** – învinovățirea, rezistența, amânarea – deoarece ei îi alungă pe ceilalți şi nu pot face față propriei lor furii; (d) ***egocentrismul*** – egoism, fac presiuni asupra celorlalți pentru a obține ceea ce îşi doresc („*pushy*") – deoarece ei nu-şi recunosc problemele; (e) ***rebeliunea*** – impulsivi, antisociali – deoarece ei resping pe oricine încearcă să-i ajute.

Un semn de rău augur este *înlocuirea vechii dependențe cu o alta*, de exemplu, alcoolicii compulsivi devin dependenți de muncă (workaholics). Această a două adicție generează noi probleme.

Ei ignoră dezvoltarea unei conştiințe de sine, a unor abilități de autoajutorare, intimitate, performanță în muncă, mai ales la tineri, însuşirea unei filozofii de viață. Ei uită, de asemenea, să evite barurile, problemele de natură fizică, lipsa somnului. A ține seama în permanență de aceste semne de avertizare este important când se urmăreşte evitarea recăderilor.

În cadrul dependenței de alcoolul, c onsumul acestuia a devenit deja o obsesie. Când se încearcă să se renunțe la consumul excesiv ei descoperă că este o experiență mult prea dureroasă, astfel încât se reîntorc la abuzul de alcool pentru a face să dispară mizeria şi durerea. Astfel ei îşi mențin dependența.

De multe ori, ei descoperă că a controla consumul de alcool este dincolo de puterea lor. Când se ajunge în această situație, există

două posibilități de a acționa: persona în cauză ar putea încerca să găsească ajutor în afară pentru a renunța la consumul de alcool sau, dimpotrivă, ar putea continua să bea, chiar și după ce își dă seama că încercările manipulative și compulsive de a controla abuzul au eșuat.

Ei pot să atingă un apogeu mult mai dureros decât conștientizarea – cum ar fi răniri, accidente de mașină, divorțul, pierderea locului de muncă sau chiar îmbolnăviri grave.

Doar după aceasta ei ar putea recunoaște necesitatea unui ajutor din afară și uneori ar putea începe procesul de ***recuperare*** (inclusiv de psihoterapie).

Rata recăderilor după abstinență este, după 5 ani, foarte rară, iar după 2 ani de 30%.

Încercând o explicație a comportamentului compulsiv (consumul excesiv de alcool, bulimia), și mai ales, recăderile frecvente care au loc în aceste cazuri, **Rogers** subliniază importanța următoarele aspecte cu valențe negative: adaptare foarte proastă, emiterea de judecăți negative referitoare la propria eficacitate, asocierea evenimentelor cu afirmații referitoare la ei și la propria eficacitate, ca de exemplu: „sunt un ratat, pur și simplu nu pot, nu am voință s-o fac".

A. Bandura insistă asupra sentimentelor legate de propria eficacitate, care sunt considerate a fi **cheia recăderilor**. De aceea, este important ca intervenția terapeutică să se axeze pe schimbarea modului de interpretare a recăderilor ocazionale. El vorbește despre *determinismul reciproc,* comportamentul poate fi explicat pe baza interacțiunilor **persoană – situație**.

O altă explicație este dată **de școala terapiei rațional-emotive** care consideră că majoritatea oamenilor anxioși, deprimați, iritabili și ostili (trăsături ce sunt incluse în tabloul psihopatologic al persoanelor dependente de alcool) nu au încercat să controleze evenimentele perturbatorii și sentimentele asociate acestora și să rămână neperturbați. Apare, astfel, *disonanța afectiv-cognitivă* atunci când ei încearcă să se schimbe, ceea ce le creează o senzație

de disconfort față de noile lor reacții; datorită pragului lor scăzut de toleranță la frustrare sunt înclinați să reacționeze împotriva procesului terapeutic și au tendința de a reveni la vechile modalități dezadaptative de reacție.

Modul în care interpretează rezultatele terapiei are același efect de autosabotare. *Elis* menționează 3 astfel de modalități:

1. Autoblamarea pentru a nu se fi schimbat suficient de repede și de profund.
2. Opinia că este prea greu efortul de automodelare și că ar trebui să nu fie așa de greu, astfel încât pare mai firesc drumul înapoi spre felul natural de a fi.
3. Concluzia că nu este cu putință o schimbare mai mare decât cea care a fost obținută, care fixează, ca subiect, o sănătate emoțională moderată.

În cazul procesului de apariție și menținere a perturbării emoționale, cognitive și comportamentale apar o serie de elemente cu rol de factori de augumentare a procesului. Cele mai importante și mai frecvente sunt:

1. ***Ignoranța*** – respectiv „felul în care sunt nu are nimic nesănătos". Confruntați cu situații în care pierd ceva la care țin, ei consideră că este normal să fie puternic perturbați și, ca urmare, lasă frâu liber tulburării care îi cuprinde, dacă nu chiar o amplifică în mod semiconștient. Problema autocontrolului le este necunoscută, iar efectele acestei ignoranțe se resimt în frecvența și amplitudinea perturbărilor emoționale, cognitive și comportamentale.
2. ***Judecata afectivă*** – există situații în care oamenii sunt conștienți de faptul că ei înșiși reprezintă propria sursă majoră de autoperturbare. Sunt incapabili să înțeleagă cum ar putea să nu se tulbure.
3. ***Nepercepcerea propriilor procese*** – persoana care gândește în acest fel nu vede legătura dintre tulburarea emoțională resimțită și modul în care abordează situația. Aceasta

blochează drumul individului spre controlul asupra propriei persoane, spre eliminarea autoperturbării.

4. ***Rigiditatea*** – persistă în a suprageneraliza, exagerând implicațiile negative ale evenimentelor, chiar și când înțeleg că aceste moduri de abordare a situațiilor au efecte care îi defavorizează.
5. ***Defensivitatea*** – confruntați cu propriile deficiențe și greșeli, oamenii par mai degrabă orientați spre a și le masca, nega sau justifica, decât spre a le recunoaște și încerca să le înlăture.
6. ***Minimalizarea absurdă sau indiferența*** – care se constituie ca fiind forme particulare de manifestare. *Lazarus* afirmă că minimalizarea și indiferența au unele efecte favorabile prin faptul că reduc tensiunea, anxietatea, crisparea în fața acțiunii dificile, dar, în același timp, aduc mari daune prin faptul că inhibă eforturile de schimbare.
7. ***Orientarea spre schimbarea situației*** mai degrabă decât spre schimbarea propriei persoane – ca un reflex al erorii fundamentale de atribuire. Acesta afirmă că în timp ce alții văd în primul rând responsabilitatea persoanei-țintă, se supraevaluează forța determinantă a eveni-mentelor din context.

Acest mecanism are un rol de protecție psihică, de apărare a imaginii de sine. Dacă mediul este cel care trebuie să fie schimbat înseamnă că răul se află în exterior, acolo existând niște deficiențe, nu în persoană, și aceasta își poate menține starea de automulțumire.

Fenomenul de comorbiditate

Comorbiditatea se referă la apariția relativ concomitentă a două tulburări, la evoluția lor concomitentă într-o perioadă

semnificativă de timp şi la o etiologie relativ diferită a celor două afecţiuni. Dependenţa de alcool este regăsită deseori în comorbiditate cu o altă tulburarea de personalitate. „Relaţia pare logică şi expectată, ştiut fiind faptul că, şi în cazul supoziţiilor etiologice asupra alcoolomaniei figurează aşa numiţii „factorii de personalitate" (Ionescu, 1997, pag. 60).

Totuşi, practica a demonstrat că există numeroase cazuri de persoane dependente de alcool care, premorbid, nu prezentau trăsături dizarmonice de personalitate. Pentru a putea stabili existenţa unei comorbidităţi este necesar ca trăsăturile dizarmonice de personalitate să fie anterior cunoscute, detectate. În acest context se ridică următoarea problemă: este validă cercetarea efectuată asupra personalităţii premorbide a unui pacient care se află la apogeul tulburării de personalitate, chiar şi atunci când sunt preluate informaţii de la alte persoane apropiate ale pacientului?

Unele cercetări au evidenţiat faptul că alcoolismul apare, deseori, în **comorbiditate** cu tulburările afective, cu tulburările de personalitate, cu anxietatea generalizată, cu alte toxicomanii, cu schizofrenia, cu presenilitatea şi senilitatea, cu tulburările depresive şi interpretările paranoide.

*

*   *

Principii terapeutice în prevenirea recăderilor

Recăderea este cel mai frecvent rezultat al programelor de tratament pentru dependenţa de alcool şi droguri, programe ce au ca scop abstinenţa. Într-o cunoscută clasificare a evoluţiei alcoolismului, dependenţei de heroină, a fumatului, recăderile au un pattern similar. În primele 3 luni de tratament complementar aproximativ două treimi din participanţii la studiu au recidivat,

majoritatea survenind în prima lună de la terminarea tratamentului (Hunt, Barnett & Branch, 1971).

Tratamentele mai vechi erau axate pe schimbarea comportamentului (renunțarea la folosirea substanței), dar nu în mod special pe menținerea acestor schimbări de-a lungul timpului. Aceasta a condus la un efect de „ușă turnantă”, pacienții revenind la tratament după fiecare recădere. Ca rezolvare a problemei recăderii s-a pus accentul în special pe **menținerea stadiului de schimbare a comportamentului**. Prevenirea recăderii (PR) oferă o alternativă pentru evitarea efectului de „ușă turnantă” prin integrarea dezvoltării unor deprinderi comportamentale, intervenții cognitive și a unor procedee de schimbare a stilului de viață (Dimeff & Marlatt, 1995; Marlatt & Godron, 1985).

Deși inițial princiiile și conceptele PR au fost dezvoltate pentru tratarea alcoolicilor și toxicomanilor, ele au fost ulterior adaptate pentru alte tulburări addictive și probleme de control ale impulsului, inclusiv pentru **fumat** (Rustin, 1990; Shiffman), **bulimie** (Brownell & Rodin, 1990; Sternberg, 1985), **delicte sexuale** (Laws, 1989; Pithers et al., 1989; Ward & Hudson, 1996) și **violență** (Gondolf, 1988).

Aplicarea PR

Prevenirea recăderii (PR) este un program complex de pregătire cognitiv-comportamentală în vederea susținerii procesului de schimbare a deprinderilor. Antrenamentul în vederea schimbării deprinderilor este elementul de bază al PR și cuprinde următoarele teme: a) înțelegerea recăderii ca proces; b) identificarea situațiilor cu risc crescut; c) învățarea unor metode de a face față nevoii de comportament addictiv; d) reducarea riscului de recădere prin minimalizarea consecințelor negative și prin învățarea din

experiență: e) dobândirea unui stil de viață echilibrat, având ca element central moderația. Urmează descrieri scurte ale acestor teme-cheie, împreună cu sugestii privind implementarea lor în practica din clinicile de profil.

Înțelegerea recăderii ca proces

Se explorează asociațiile pacientului la cuvântul „recădere". Există două definiții obișnuite ale acestui termen, una privește recăderea ca rezultat şi implică o dihotomie: fie persoana se simte bine şi nu are simptome, fie se simte rău şi are simptome. O altă definiție vede **recăderea ca un proces ciclic**. Mulți pacienți văd recăderea în termeni dihotomici („Fie eram capabil să-mi ating scopul, fie nu"). Noi folosim termenul de „cădere" („lapse") pentru primul episod de comportament addictiv după angajamentul de abstinență. Termenul este folosit pentru a descrie un eveniment singular, o reactualizare a unei deprinderi anterioare, care ar putea să conducă la recădere („relapse"). În cazul unei „căderi" se pot lua măsuri corective. Astfel de întreruperi pot fi interpretate ca ocazii de a învăța şi nu ca indicatori de eşec personal sau de lipsă motivațională (Marlatt, 1996).

Identificarea situațiilor cu risc crescut

Pacientul va fi învățat să recunoască situațiile cu risc crescut care ar putea să precipite sau să declanşeze o recădere. O situație cu risc crescut este aceea pe care pacientul o percepe ca pe o **amenințare** la adresa autocontrolului. Situațiile cu risc crescut pot include un eveniment exterior, o relație interpersonală sau un factor intern, cum ar fi afecte, cogniții, stare fiziologică. Procedurile

disponibile pentru identificarea situațiilor cu risc crescut diferă în funcție de gradul angajării subiectului în comportamentul-țintă (addictiv) în momentul evaluării.

1. Automonitorizarea: se va cere pacientului să țină o evidență zilnică a comportamentului-țintă (ora începerii și sfârșitului comportamentului urmărit, cantitatea consumată, câți bani a cheltuit etc.), împreună cu o scurtă descriere a factorilor asociați cum ar fi împrejurarea (unde, cine era de față, ce făcea fiecare), evenimentele care au premers comportamentului-țintă (ce s-a întâmplat, cum s-a simțit, la ce s-a gândit). Automonitorizarea poate fi folosită pentru a urmări nevoia de a consuma împreună cu răspunsurile adaptative și cu menționarea rezultatului (a consumat sau nu). Automonitorizarea servește atât ca **metodă de investigație** cât și ca **strategie de intervenție**, din moment ce produce la pacient creșterea gradului de conștientizare a comportamentului urmărit.

2. Autobiografia: pacientul trebuie să prezinte o povestire despre istoria și dezvoltarea problemei sale. Se va întreba pacientul cum și de ce a început să se implice în comportamentul addictiv; cum s-a modificat pattern-ul de implicare în comportamentul addictiv de-a lungul timpului; ce oameni, locuri, evenimente asociază pacientul comportamentului addictiv.

3. Alte metode: numeroase metode au fost dezvoltate de cercetători, psihologi și clinicieni pentru a ajuta pacienții să-și identifice și să ierarhizeze situațiile cu risc crescut. Sunt incluse: Inventarul situațiilor asociate cu alcoolismul (Annis, 1982), Inventarul situațiilor asociate cu consumul de droguri (Daley, 1985) și Chestionarul de identificare a situațiilor cu risc crescut (Daley, 1986).

4. Aprecierea eficienței: o dată identificate situațiile cu risc crescut este util să apreciem gradul de încredere în sine al pacientului în ceea ce privește capacitatea de a rezista nevoii de implicare în comportamente addictive în situațiile descrise. Se poate folosi

Chestionarul de încredere situațională (Annis & Grahanm, 1988), dar în orice studiu modern nu se progresează fără o evaluare și autoevaluare a situației.

ORIENTAREA PACIENTULUI FAȚĂ DE NEVOIA DE CONSUM ÎN SITUAȚIILE CU RISC CRESCUT

1. Dezvoltarea deprinderilor de rezolvare a problemei este de o importanță crucială pentru că orice situație poate fi considerată cu risc major dacă pacientul este incapabil să răspundă adecvat.

2. Vor fi prezentate pacientului metode de rezolvare efectivă a problemei: cum să-și controleze dispoziția (dinaintea sau din timpul situațiilor cu risc crescut) prin angajarea într-un comportament de rezolvare („coping"). Deprinderile de a face față problemei pot fi de tip comportamental (fugă sau evitare), cognitiv (planificarea depășirii situației, reamintirea consecințelor negative („urge surfing") sau o combinație a acestor două metode. Scopul este ca pacinetul **să învețe cum să anticipeze** și să răspundă la primele semne de recădere. Se va discuta cu pacientul rolul factorilor cognitivi, cum ar fi luarea unor decizii aparent lipsite de importanță, dar care ar putea fi semne ce prevestesc recăderea.

Importanța dezvoltării deprinderilor nu trebuie supraevaluată. Prevenirea recăderii combină dezvoltarea deprinderii generale de a rezolva probleme și formarea răspunsurilor specifice la situații cu risc crescut.

Metodele de dezvoltare a deprinderilor cuprind elemente de instruire directă, repetiții ale comportamentelor și reacțiilor-tip și un feed back din partea terapeutului. În acele cazuri când nu este indicat să fie introduse noi tehnici de rezolvare direct în programul de viață al pacientului, terapeutul poate să facă apel la imaginația

subiectului pentru ca acesta să-şi reprezinte situaţiile cu risc crescut, să îi fie stimulată creativitatea.

Vor fi prezentate pacientului strategii cognitive specifice, inclusiv „urge surfing" şi reamintirea consecinţelor negative. „Urge surfing" este o metaforă pentru răspunsul condiţionat la stimuli asociaţi comportamentului addictiv. Este *bazată* pe comparaţia nevoii de consum cu valurile oceanului pentru că ambele au un mod de desfăşurare asemănător (*perioada de latenţă*, *intensitate*· şi *durată*). Se va aminti pacientului că aceste nevoi şi dorinţe vor creşte, apoi vor descreşte în intensitate şi vor dispărea singure. Pacientul va fi încurajat să aştepte atenuarea şi dispariţia nevoii de consum fără să se angajeze în comportamentul-problemă, în cele din urmă presiunea interioară dispărând prin extincţie.

Pacienţii care sunt pe punctul de a consuma sunt tentaţi să-şi reprezinte doar efectele pozitive ale consumului. Pacientul va fi învăţat să dezvolte un algoritm de luare a deciziei (ceea ce este foarte dificil) care să cuprindă consecinţele negative imediate şi tardive ale angajării în comportamentul addictiv. Se poate utiliza o agendă-la-purtător pentru situaţiile de urgenţă în care sunt notate tehnicile cognitive şi comportamentale pe care pacientul să le folosească în cazul în care simte nevoia de a consuma.

Se vor instrui pacienţii să fie atenţi la semnalele de avertizare ce apar în situaţiile cu risc crescut şi să ia cât mai devreme măsuri de prevenire a consumului. În funcţie de situaţie şi încrederea în sine a pacientului, acţiunea recomandată poate fi aceea de a evita situaţiile cu risc crescut. **Din păcate, nu toate situaţiile cu risc crescut pot fi prevăzute**!

Multe situaţii apar brusc, fără semne prevestitoare. De exemplu pacientul se întâlneşte cu o persoană despre care nu ştie că este consumatoare de droguri şi aceasta îi oferă substanţe psihoactive. În astfel de situaţii, pacientul trebuie să se bazeze pe răspunsurile învăţate şi repetate în cursul terapiei.

De subliniat este că prevenirea recăderii va fi cu atât mai sigură cu cât se intervine mai precoce în şirul evenimentelor ce au loc în situaţiile cu risc crescut.

Reducerea consecinţelor negative ale recăderii prin învăţarea din experienţă

1. Se va explica „efectul de încălcare a abstinenţei" (EIA). Modul în care pacientul răspunde la o abatere de la abstinenţă poate creşte probabilitatea de a se produce ulterior o recădere completă. Pacienţii care percep recăderea în termeni dihotomici pot considera că nu există cale de întoarcere odată ce regulile au fost încălcate. Efectul EIA este rezultatul cooperării a două elemente cognitiv-afective: **disonanţa cognitivă** (conflict şi vinovăţie) şi **autoculpabilizare**. Se va învăţa pacientul că o abatere nu se transformă obligatoriu în recădere completă.

În plus, rezultatul abaterii nu este neapărat negativ, aceasta putând fi o ocazie de a **învăţa din propria experienţă** şi astfel de a creşte gradul conştientizării şi de a identifica singur sursele de stres.

2. Discutarea recăderii: o cale de a învăţa din căderi şi recăderi este prin descifrarea acestor evenimente. Trebuie cu mare atenţie explorate toate aspectele lanţului de evenimente care au condus la recădere (sau cădere, tentaţie de a consuma), inclusiv detaliile privind situaţiile cu risc crescut, reacţii adaptative alternative, cogniţii adecvate sau inadecvate. Acest proces se poate desfăşura în grup sau individual.

Dobândirea unui stil de viaţă echilibrat, având ca element central moderaţia

Mai recent, cercetările au arătat succese când se intervine în stilul de viaţă al pacientului pentru a creşte capacitatea de a face

față momentelor percepute ca dificile, plăcute sau satisfăcătoare. Un obiectiv principal este găsirea de surse alternative de recompensare și înlocuirea comportamentului addictiv cu alte activități constructive sau addicții pozitive. O addicție pozitivă este un comportament care inițial poate fi perceput ca neplăcut dar care este benefic prin efectele pe termen lung (de exemplu exerciții de gimnastică aerobică, antrenamente de relaxare).

Având în vedere că în prezent îngrijirile pacientului dependent de heroină se rezumă doar la cele din mediul spitalicesc din cursul sevrajului, este imperios necesară realizarea unei atitudini terapeutice postcură care să preia pacientul după detoxifiere și să-i asigure consolidarea abstinenței.

Adresabilitatea acestor pacienți către clinicile de detoxifiere ar putea scădea îngrijorător prin adoptarea unei legislații punitive, care să pedepsească și consumul de drog, nu numai traficul.

Această măsură ar determina ca pacienții dependenți să fie victime ale tentativelor empirice de automedicație, crescând atât morbiditatea (prin numărul mare de complicații), cât și mortalitatea prin consumul de drog (generată de supradozaj în primul rând). La aceasta se adaugă și faptul că mai ales dependenții de heroină sunt foarte greu de convins de a apela la serviciile medicale existente în spitale.

În aceste condiții, se impune luarea unei atitudini ferme din partea serviciilor sociale, în special a celor de asistență socială, de a interveni în vederea adoptării unor măsuri legislative adecvate, care să permită atingerea obiectivelor dorite. Acestea se referă la: reducerea incidenței și prevalenței consumatorilor de substanțe psihoactive ilicite, dar și la consolidarea laturii afectiv motivaționale în perioada de cristalizare a personalității mai ales la influențele privind efectele negative ale consumului de droguri la populația cu risc (elevi, studenți), respectiv prevenirea recăderii și a recidivei

înregistrate în rândul consumatorilor. Aceste obiective pot fi şi trebuie urmărite mai ales pentru tineri prin:

1. utilizarea mijloacelor mass-media pentru mediatizarea riscului la care se expun utilizatorii de droguri;

2. desfăşurarea de activităţi care să aibă ca scop consilierea *părinţilor*, *cadrelor didactice* şi *elevilor*, prin înfiinţarea de cabinete care să ofere **consultanţă de specialitate** cu ajutorul psihologilor, asistenţilor sociali, medic psihiatru etc.;

3. înfiinţarea de centre de dezintoxicare şi detoxifiere în principalele centre universitare, având în vedere absenţa acestora;

4. crearea de centre de reabilitare, care să preia subiecţii supuşi curei de dezintoxicare pentru organizarea în grupuri terapeutice de maximum 10–12 persoane, în vederea redobândirii încrederii în sine, creşterea stimei de sine, pentru accerptarea unui **nou mod de viaţă fără drog**.

Pentru punerea în aplicare a celor propuse mai sus, este necesar e fortul c onjugat a l tuturor factorilor decizionali d in domenmiul: sănătăţii, justiţiei, educaţiei şi autorităţilor locale, precum şi a unor ONG-uri.

Luând în considerare cele menţionate mai sus, precum şi rezultatele cercetării prezentate, proiectate în conţinutul central, dorim să propunem schema unui proiect pentru Centre post-cură pentru persoanele dependente de droguri.

Această atitudine este cu atât mai necesară cu cât la ora actuală în Bucureşti nu există nici un centru de acest gen. Ne referim la un Centru tip „pensiune” terapeutică (modelul occidental), posibil să ofere subiecţilor farmacodependenţi aflaţi în mare dificultate psihică şi socială un sprijin, un instrument de suport psihologic, medical, social şi educaţional. Este foarte important ca acesta să permită „evadarea” din mediul spitalicesc, respins atât de mult de utilizatorii de droguri.

*Rolul Centrului**

Centrul va pregăti subiecții atât pentru intrarea în programul terapeutic, cât și pentru reinserția lor în societate, în viața activă, în condițiile care ei doresc a fi dintre cele mai bune. *Pensiunea terapeutică* are în vedere existența unei case (vile), cu mai multe niveluri (maximum 3), înconjurate de spații verzi, conținând 12 camere individuale, precum și alte săli auxiliare destinate diferitelor activități desfășurate în comun.

Se va acorda o atenție deosebită aspectului „inserției profesionale”, folosind posibilitățile unei structuri de lucru integral și care, în final, va asigura raporturi de atașament cu parteneri din sectorul formării, inserției și reinserției profesionale.

Această structură va oferi persoanelor dependente de drog un sevraj psihic și/sau va stabiliza tratamentul având deja posibilități de îngrijire, un loc de viață organizată și conținând esențialul socio-educativ, dar și terapeutic – reinserția socială.

Dorim să evidențiem importanța existenței unei „articulații” a activităților care vin în întâmpinarea și satisfacerea nevoilor celor aflați în situații de criză (sevraj, intoxicație, dependență) care cer ajutor serviciilor specializate. Este de dorit ca acțiunile medicale, activitățile terapeutice psihatrice și psihologice, precum și eforturile de reinserție socială ale asistentului social să aibă continuitate, prin participarea și implicarea familiilor subiecților în cauză. Este vorba de restabilirea relațiilor cu membrii familiei celor aflați în acest Centru, care doresc să-și reia locul lor firesc la plecare.

Pentru a evita „timpii morți”, în Centru pot avea loc activități organizate, vor fi propuse activități creative (acestea au ca scop dezvoltarea imaginației și culturii) și activități recreative, relaxante.

---

* Material imaginat în urma investigărilor asidue ale absolventei Georgiana Raluca Ivașcu – Facultatea de Psihologie și Știința Educației, Universitatea din București – inițiativă la care subscriem total.

De asemneea, sunt indicate activități remunerate prin integrarea în structurile unui **atelier de muncă intermediară**. Mai mult chiar, o atenție particulară va trebui acordată muncii fizice, cu ajutorul unor mijloace adecvate (sală de gimnastică, băi etc.) coordonate de un specialist kinetoterapeut. Experiență există deja în foarte multe unități de acest fel în lume*. Experiența celor din Spitalul Burgmann din Bruxelles am prezentat-o în mod direct fiind un model bine pus în practică.

▪ Cadrul geografic

Se vor avea în vedere orașele care sunt centre universitare.

Mediul urban permite menținerea tuturor relațiilor de îngrijire preexistente la venirea (intrarea) pacientului și facilitează ieșirea într-un mediu util pentru reinserția profesională și de locuit, cu variate posibilități, fără ruperea legăturilor cu mediul cunoscut al subiecților (îngrijiri, familie, relații sociale).

▪ Populația țintă

Subiecții farmacodependenți, de ambele sexe, în perioada de post-sevraj sau care au abandonat utilizarea produselor ilicite fără limită de vârstă începând de la 18 ani.

Capacitatea prevăzută este de 12 paturi, se are în vedere formarea unor grupe mici pentru a facilita comunciarea, coeziunea, relațiile interpersonale și a crea un cadru intim favorabil cunoașterii și autocunoașterii.

Criteriile îndeplinite de candidați vor fi: vârsta (majori, începând cu vârsta de 18 ani), dar și voluntariatul față de acest tip de proiect și absența patologiei psihiatrice (grave) evolutive, sau a

---

* În București există, deasemeni, un model adaptat pentru tineri și adolescenți, elevi și studenți, Centrul de Evaluare și Tratament a Toxicodependenților pentru Tineri „Sf. Stelian", cu un start promițător în acest domeniu al detoxificării.

patologiei medicale care necesită îngrijiri importante, ce pot fi acordate doar de către spital (boli somatice deosebite).

▪ **Mijloace**

1. Echipa educațională:
– psihiatru,
– psiholog,
– asistent social,
– supraveghetor de noapte,
– kinetoterapeut,
– infirmieri de psihiatrie,
– îngrijitori instruiți pentru domeniul dependenței.
2. Baza minimă (localul):
– camere individuale,
– duşuri,
– camere de supraveghere şi de activitate în comun – gen club,
– spații sanitare etc.

▪ **Cadrul terapeutic**

– învăţarea principiilor vieţii cotidiene şi constrângerilor sale, cu participarea individuală şi colectivă la organizarea obişnuită a vieții;

– întreținerea spațiului personal, obligatoriu de către cel care îl ocupă în cadrul Centrului;

– participarea la viața cotidiană din interiorul structurii, la menaj, la îngrijirea bucătăriei şi la pregătirea meniului, cu planificarea activităților săptămânale (aceste diferite misiuni sunt responsabilitatea echipei);

– stabilirea elementelor necesare inserției economice: restabilirea la nivelul anterior, susținerea personalității folosind diverse instrumente şi metode de informare; intervenția diverşilor reprezentanți ai sectorului de muncă: angajatori, formatori etc;

– dezvoltarea activităților de recreere și relaxare, cu predominanța celor care pot fi continuate după ieșirea din structură: muzică, pictură, scris, video etc.;

– dezvoltarea unor activități de tip educație fizică;

– integrarea într-o activitate remunerată în cadrul structurii, sub forma unui **atelier intermediar**.

▪ **Funcționalitatea**

În perioada care este destinată activităților în Centru se va întocmi un contract pe baze tradiționale, conform unui regulament de ordine interioară: nu sunt permise alte produse, în afara celor prescrise și sub controlul structurii; fără violențe, fără trafic, fără alcool, dar este obligatorie participarea la toate etapele prevăzute pentru elaborarea proiectului rezidențial, interzicerea vizitelor (cu excepția celor negociate pentru a fi admise), fără comunicare cu exteriorul. Pe parcursul acestei perioade, subiectul poate participa la toate activitățile care se desfășoară, dar aceasta nu are chiar un caracter imperativ obligatoriu.

Vor avea întâietate cei care au posibilitatea de a răspunde la propunerile proiectului în diferitele sale componente (îngrijiri, educație fizică, complianță la viața în colectivitate, dorința de a întrerupe provizoriu relațiile cu mediul apropiat, dorința de inserare în societate).

Candidaturile vor fi reținute în funcție de disponibilitatea locurilor, după principiul *listei de așteptare* care va fi stabilită, iar candidații vor fi informați asupra posibilei admiteri.

Se are în vedere, într-o primă etapă, un sejur de 8 zile pentru a defini, împreună cu subiectul, proiectul în care va dori să se înscrie, fiind obligatoriu asociată continuarea sau definitivarea îngrijirilor din structurile locale existente.

▪ **Evaluarea**

Se va stabili o reuniune tehnică săptămânală cu factorii profesionali implicați, o reuniune de elaborare săptămânală cu

subiecții, precum şi o reuniune clinică (supervizare, analiza conduitei aplicate la fiecare 15 zile). Ea este o etapă absolut obligatorie în orice astfel de activități, fapt de mult timp recunoscut şi acceptat de specialiştii domeniului.

Se vor stabili şedințe de lucru colective cu subiecţii în scop terapeutic cu privire la îngrijirile oferite şi a obiectivelor educative.

Se vor fixa sarcini individuale pentru situațiile particulare, mai ales vizite la cei din mediul exterior: medic internist, medic psihiatru, psiholog, asistent social etc.

Se va lua în considerare nevoia ca, o dată sau de două ori pe an, să se stabilească o reîntâlnire a structurii cu partenerii exteriori, în scopul elaborării şi **evaluării împreună**, a problemelor, rezultatelor şi posibilităților de ameliorare a activității Centrului. Aceasta va avea drept scop participarea la muncă în cadrul evaluării nevoilor pentru acest tip de structură.

▪ **Sugestii pentru un regulament de ordine interioară.** Se vor respecta următoarele reguli care i se aduc la cunoştinţă subiectului că va fi în Centru, dar cu respectarea unor condiții:

– fără prize de drog ilicite;

– fără produse psihotrope (medicamente) neautorizate;

– fără trafic de stupefiante;

– fără alcool;

– fără acte reprobabile (furturi, injurii, deteriorarea interiorului);

– fără violență verbală sau fizică;

– fără vizite şi plecări ele vor putea fi reglementate după principiile prevăzute în contractele în care se specifică admiterea sau „nrgocierea" lor;

– rezidentul va accepta participarea la activități şi va respecta programele Centrului;

– în Centru vor fi admişi subiecţi de ambele sexe, dar nu se acceptă cupluri;

– tratamentele medicale nu sunt posibile decât sub supravegherea personalului medical;

– banii vor fi încredinţaţi echipei Centrului (o sumă minimă va fi pusă la dispoziţia subiectului);

– rezidentul va accepta să participe la întâlnirile prevăzute în contractul său (reuniuni săptămânale, întâlniri programate);

– rezidentul se va angaja să respecte un contract scris de inserţie social-grupală sau alte activităţi ce vor trebui să fie înţelese şi acceptate;

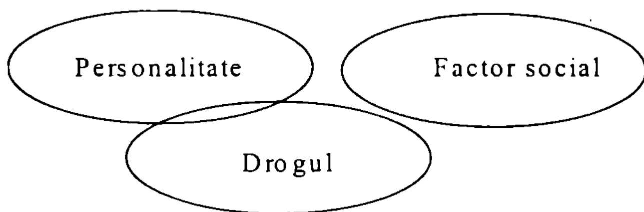
– candidaţii nereţinuţi după perioada de probă pot face o nouă cerere ori de câte ori va fi necesar;

– rezidentul informat asupra admiterii sale se va angaja să respecte ansamblul de reguli de igienă în scopul reducerii riscului infectării cu HIV, virusurilor hepatice etc. (prin folosirea în comun a periuţelor de dinţi, lamelor de ras, folosirea prezervativelor);

– respectul de sine şi faţă de ceilalţi este o condiţie esenţială pentru bunul mers al structurii Centrului;

– pentru bunul mers al Centrului, constituirea cuplurilor nu este încurajată.

Dependenţa de heroină este un fenomen complex care schematic poate fi reprezentat ca interacţiunea a trei grupe mari de factori: primul factor ar fi cel **social** care ar cuprinde disponibilitatea drogului, acceptul sau rejecţia de către grup a consumului de drog; al doilea factor este reprezentat de **efectele farmacologice** euforizante ale drogului; în final, un factor important în apariţia dependenţei de heroină este reprezentat de structura psihologică, **personalitatea individului**, ce explică de ce unii consumatori devin dependenţi şi alţii nu ajung în această situaţie.



Rezultanta celor trei grupe de factori este „triunghiul" dependenței.

Măsurile terapeutice de combatere a dependenței de heroină se vor adresa acestor trei laturi ale triunghiului: **factorul social** poate fi influențat prin scăderea ofertei de drog prin creşterea pedepselor şi sancționarea fermă a macrotraficului. Tot aici are o importanță deosebită şi suportul microgrupului familial.

Factorul farmacologic prezintă acțiunea euforizantă a drogului poate fi influențat prin adminsitrarea unor tratamente corespunzătoare de către medicii curanți.

Mult mai complicat este de abordat **factorul personalitate**, care îl vulnerabilizează pe individ în dobândirea dependenței. Acest factor poate fi influențat prin măsuri psihoterapeutice care vor fi aplicate corespunzător fiecărui individ, un rol deosebit de important în acest sens revenindu-i asistentului social.

Scopul studiului a fost analiza complexă, multidimensională a fenomenului dependenței de heroină, în special în raprotul acestuia cu trăsăturile de personalitate.

Încercăm să susținem cele afirmate mai sus prin analiza globală, iar dinamica anuală a cazurilor internate ne arată că se pot trage concluzii pentru ultimii 4 ani (2000–2004), numărul celor spitalizați cu diagnosticul de dependență de heroină s-a triplat.

Explicația acestui fapt ar fi reprezentată de creşterea frecvenței consumului de heroină şi de creşterea adresabilității către Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alexandru Obregia" a unui număr din ce în ce mai mare de dependenți.

Altă observație a fost legată de raportul pe sexe în lotul studiat: acesta a fost 3/1 în „favoarea” bărbaților.

Aceasta arată că, în general, consumul și dependența de heroină sunt mult mai frecvente la sexul masculin, bărbații fiind mult mai capabili să-și procure heroina de pe piața neagră.

Sexul feminin reprezintă, conform rezultatelor acestui studiu, un factor de prognostic nefavorabil în evoluția dependenței, având o rată mult mai mare a recăderilor în consumul de drog.

În ceea ce privește mediul familial de proveniență, majoritatea fetelor dependente au provenit din familii disfuncționale sau dezorganizate; acest fapt ne sugerează faptul că fetele sunt mult mai afectate decât băieții de tensiunile, conflictele parentale sau trăiesc mult mai dramatic absența unuia dintre părinți, acest fapt vulnerabilizându-le față de consumul de drog.

Vârsta pacienților dependenți studiați a fost foarte mică: două treimi din cazuri au fost în grupa de vârstă 18–21 ani. Mult mai îngrijorător este faptul că în dinamica anuală asistăm la o **reducere a vârstei de inițiere a consumului**. Cei mai mulți dintre pacienții foarte tineri au provenit din cei internați în partea a doua a studiului.

Trebuie menționat faptul că acești pacienți s-au internat la Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alexandru Obregia” după o perioadă lungă de consum, de aproximativ 2 ani și jumătate. Se poate afirma că în prezent vârsta începerii consumului de heroină este în jur de 16 ani.

Ceea ce este foarte alarmant însă este faptul că familia descoperă consumul de drog al tânărului după aproximativ mai mult de an, timp în care modificările comportamentale generate de consum sunt ignorate de grupul parental, de unde rezultă nevoia implicării familiei în viața individului.

Un alt factor negativ de prognostic în evoluția dependenței evidențiat de acest studiu a fost reprezentat de noțiunea de **codependență** sau de **consum de heroină în cuplu**: astfel, cei

care au fost căsătoriți sau trăiau în condiții de concubinaj cu partener toxicoman au avut rata recăderii în consum cea mai mare. Persoanele care au fost căsătorite dar cu partener care nu consuma droguri au prezentat rata cea mai mică de recădere în consum, beneficiind de un suport din partea celuilalt, care a contribuit la creşterea motivației prin menținerea abstinenței timp îndelungat.

Nivelul de instrucție şcolară a polarizat grupul spre cele două extreme: inferior şi superior.Cei mai mulți au avut un nivel superior de şcolarizare, acesta favorizând consumul prin disponibilitatea drogului în mediul studențesc, inițierea frecvenței: tulburarea de personalitate borderline, tulburarea de personalitate de tip antisocial, tulburarea de personalitate de tip narcisist şi tulburarea de personalitate de tip dependent.

Pacienții de tip borderline caută în consumul de heroină o stabilitate a imaginii de sine şi o stabilitate în raport cu ceilalți. Să nu uităm că pacienții cu această tulburare de personalitate sunt caracterizați prin instabilitatea relațiilor interpersonale, a imaginii de sine şi a afectelor.

Caracteristicile pacienților dependenți cu tulburare de personalitate de tip borderline în funcție de variabilele studiate au fost următoarele:

– privind scorul gravității heroinomaniei (Lowenstein-Gaurarier), majoritatea acestor pacienți au prezentat cel mai avansat stadiu (stadiul D);

– majoritatea au prezentat un nivel inferior de şcolarizare, generat de dificultățile în frecventarea regulată a cursurilor, având disfuncții în traiectoria şcolară şi profesională;

– cei mai mulți au provenit din familii disfuncționale sau dezorganizate, medii ce influențează apariția atât a dependenței, cât şi a tulburării de personalitate borderline;

– cei mai mulți au prezentat la internare un sevraj de severitate maximă, aceşti pacienți borderline având o limită mare de

suportabilitate a suferinței somatice cauzate de sevraj, prezentându-se cel mai frecvent la intervale mari de timp după ultima doză de heroină (după 24-48 ore);

– complicațiile psihiatrice cele mai frecvent întâlnite la dependenții de tip borderline au fost: stările depresive, stările anxioase, sindromul amotivațional, stările confuzionale și stările psihotice;

– complicațiiel somatice cele mai frecvent întâlnite la acești dependenți au fost: flebotrombozele, hepatita C, hepatita B, tuberculoza pulmonară.

Rata mare a frecvenței diagnosticului de **tulburare de personalitate antisocială** este explicată prin incapacitatea acestor pacienți de a se conforma normelor sociale, prin accesul mult mai facil la drog al acestora, care își procură ușor, ba chiar deseori se ocupă de traficul de droguri.

În general, caracteristicile pacienților dependenți cu tulburare de **personalitate antisocială** sunt asemănătoare acelora de tip pacienți borderline, diferind doar explicația acestora: cei mai mulți au prezentat cel mai avansat stadiu de heroinomanie. Explicația ar crește în faptul că acești pacienți cu trăsături antisociale au o predilecție pentru actele riscante, ei având tendința de a minimaliza riscurile, atât în plan social, cât și în plan somatic.

Majoritatea au avut un nivel inferior de școlarizare, explicat prin faptul că manifestările tulburării de personalitate de tip antisocial încep înainte de 15 ani, prin tulburări de conduită: furt, chiul, absențe de la cursuri, minciună, comportament agresiv; toate acestea duc la întreruperea școlarizării, înainte de a începe cursurile liceale.

Nici un pacient cu personalitate de tip antisocial nu a provenit dintr-un mediu familial armonios, acest mediu bazat pe afecțiune și respect, cu un nivel superior de moralitate ar reprezenta un factor protector, atât în devenirea personalității de tip antisocial, cât și în apariția dependenței de heroină.

Complicațiile psihiatrice cele mai întâlnite au o frecvență diferită de cea a pacienților de tip borderline, pe primul loc ca frecvență fiind **stările confuzionale** (generate de consumul de polisubstanțe), **stările depresive, sindromul amotivațional** și **stările anxioase**.

Factorii care favorizează recăderea în consumul de heroină post sevraj sunt:

1. sexul feminin (rata recăderii a fost de 5 ori mai mare la femei față de bărbați);
2. vârsta fragedă (cei mai mulți pacienți au avut 18 ani; pe măsură ce se avansează în vârstă, rata recăderii scade proporțional);
3. nivelul inferior de școlarizare;
4. fenomenul de codependență (partener toxicoman);
5. situațiile materiale extreme (fie foarte bună, fie problematică);
6. mediul familial de proveniență disfuncțional sau dezorganizat;
7. scor mare al gravității heroinomaniei (Lowenstein-Gourarier);
8. prezența diagnosticului de tulburare de personalitate; dintre acestea cel mai frecvent implicate în recăderea în consum au fost: tulburarea de personalitate de tip antisocial, tulburarea de personalitate de tip borderline, de tip narcisistic și dependent.

Analizând problemele prezentate de pacienții dependenți studiați, cei mai mulți au avut o contrinuție de astfel de probleme: cele mai des întâlnite au fost problemele judiciare, probleme legate de grupul primar de suport, probleme ocupaționale.

Problemele educaționale, economice și de natură casnică au întregit distribuția factorului psihogen de pe axa IV a DSM IV cercetat la acești pacienți.

Conform axei V a DSM IV (sau din punctul de vedere al nivelului de funcționalitate), cei mai mulți pacienți dependenți au prezentat simptome severe și disfuncționalități serioase sociale, ocupaționale sau școlare.

Coroborând și comparând rezultatele cercetării făcute în perioada 2000–2004 în Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alexandru Obregia" cu cele ale studiilor făcute de către alte instituții naționali și internaționale cu responsabilitate în acest domeniu, putem conchide următoarele:

Principala caracteristică este plasarea consumatorilor în plină *tinerețe*. Marea majoritate a consumatorilor de droguri au vârsta sub 25 de ani, iar tendința este scăderea continuă a vârstei la care se începe consumul. Vârsta startului în consumul de drog se situează frecvent în jur de 16–20 de ani, înregistrându-se cazuri de debut chiar la 13–14 ani.

Ponderea fetelor este mult mai mică. Explicația acestui fapt poate fi pusă pe conformismul lor mai ridicat, posibilitatea, obișnuința de a-și satisface mai puțin plăcerile și dorințele, alături de ritmul mai rapid de creștere și maturizare în perioada adolescenței și de posibilitatea de a procura mai ușor bani (uneori chiar prin prostituție), ceea ce face să fie mai greu depistate. În Spania, conform studiului realizat de CIS, proporția dintre bărbați și femei înregistrată în rândul consumatorilor de tranchilizante este de 2:1, în timp ce în cazul cocainei și a halucinogenelor raportul este de aproximativ 1:1; în Franța (conform studiului INSERM) dintre tinerii care au încercat drogurile 8% sunt fete și 22% băieți; iar în România, ponderea acestora este și mai mică, doar aproximativ 15% dintre toxicomanii înregistrați oficial sunt fete (vezi National Report Romania, Phare Project on Drug Information Systems, 1998).

Fenomenul cuprinde tineri din *toate clasele sociale*. Această caracteristică este generală, ceea ce diferă este drogul utilizat și modalitatea de administrare.

Cocaina este considerată drogul celor bogați, care caută excitații, putere și forță, ca și al persoanelor de acțiune care doresc aceste senzații pentru obținerea succesului.

Heroina este drogul pasivității și detașării căutată în general de marginalizații și neînțeleșii societății, care cu cât au o condiție mai precară cu atât trec mai repede de la inhalare la injectare (metodă mai dură dar mai economicoasă).

Marijuana și hașișul reprezintă opțiunea tinerilor rebeli, contestatari ai autorității și ai propriilor origini sociale, care nu vor să recunoască limitele socieătții și granițele realului și caută să transgreseze realitatea pentru a ajunge la valorile universale supreme („peace and love").

Tinerii toxicomani provin în principal din *medii familiale problematice*. Acestea sunf fie familii destrămate, fie familii cu tensiuni și conflicte, mai mult sau mai puțin vizibile și în care consumul de alcool, tutun și medicamente este ridicat. Studiile realizate în cadrul CSCPT arată existența acestei stări de fapt și în cazul adolescenților români care consumă droguri. Claude Olivenstein folosește astfel, pentru a se referi la situația familială a toxicomanilor, expresia **familii fără crize aparente**. Dar în aceste familii se manifestă mult mai acut conflictul dintre generații, putându-se vorbi despre semnificația de „protest generational" a consumului de droguri (Flores, 1980).

Adolescenții care consumă droguri sunt *potențiali delincvenți*, pentru că dependența și duritatea sindromului de abstinență (sevrajului) îi determină să apeleze la orice căi pentru a-și obține banii necesari procurării drogului. Primul pas este angrenarea în micul trafic stradal; pentru a-și obține doza zilnică toxicomanul trebuie să vândă câteva, respectiv să comită deja un delict.

Dependenții de droguri prezintă *structuri psihice fragile* și un profil de personalitate tipic conduitei dependente. Lipsa de încredere în sine, cu accentuate note depresive este foarte prezentă la acești

tineri, care se simt **foarte puțin securizați, fără repere valorice certe** și cu o **mare nevoie de siguranță**, de valorizare și de confirmare a propriei identități. Impulsivitatea și intoleranța la frustrare este o altă trăsătură importantă a profilului lor psihic (apud Rășcanu, Ruxandra 2002). Studiile realizate (INSERM) arată că aceste conduite sunt corelate cu problemele semnificative ale fiecărui sex. Astfel, „băieții cu probleme vor totul imediat, sunt colerici, le place să se încaiere. Intoleranța la frustrare semnifică incapacitatea de a se distanța de evenimentele exterioare. Impulsivitatea se exprimă diferit în funcție de sex: pentru băieți are loc trecerea la act, iar pentru fete se răsfrânge asupra propriului corp".

Personalitatera dependentă a făcut obiectul multor studii și a multor controverse (Lazarus și Coleman, 1995). Este cert însă că există un set de caracteristici specifice profilului psihologic al dependenței, care se manifestă în mod particular la consumatorii de droguri. Dr. Orcel consideră că „în personalitatea toxicomanului coexistă **supra-maturația** și **sub-maturația**. Cea dintâi se exprimă prin viclenia cu care drogații se folosesc de instituțiile existente (și de persoanele din jur, *n.n.*)...; dar în același timp sunt supuși unor fenomene de regresiune, precum enurezisul, frecvent la drogații trecuți de 30 de ani, și mulți dintre heroinomani devin alcoolici".

Cercetările recente au conturat ideea impregnării personalității toxicomanului cu un set general de pattern-uri de copiere și reluare permanentă a conduitei dependente de droguri. Acesta cuprinde „variate metode și tehnici, folosite până la adaptare, petru acomodare la solicitările și stresul z ilnic". Acesta acaparează structurile personalității și determină structurarea unor pattern-uri comportamentale care copiază aceste opțiuni comportamentale. Ele ajung să fie asociate astfel cu frecventele probleme ale adolescenților referitoare la propria imagine, la identificarea și stima de sine, lipsa de vitalitate și plictiseală, conflicte cu autoritatea și mentalitățile familiei, presiunilor educaționale și depresiei și apoi să le potențieze

prin întărirea acestui „coping", realizându-se astfel un „ciclu al dependenței" sub aspectul pattern-urilor şi al structurilor de personalitate.

Consumul de droguri reprezintă o problemă de mare importanță şi complexitate pentru noi toți. El semnifică o speranță sau o provocare pentru tineri, o problemă serioasă pentru părinți şi educatori şi un semnal de alarmă pentru societate.

De aceea – din ce în ce mai multe persoane, părinți, profesori, grupuri dar mai ales specialiştii conchid în legătură nu doar cu necesitatea studierii aprofundate şi multidisciplinare a fenomenelor legate de droguri dar, mai ales privind concretizarea experienței naționale şi externe de influențare preventivă şi de estompare a afluxului spre „Nirvana" permisă de substanțele absorbate de tineri şi adolescenți.

Moderația e singura noastră propunere concretă

Dată fiind importanța și implicațiile consumului de alcool la tineri, revenim la discuția despre aceasta. Ținem să arătăm că într-un studiu recent specialiștii canadieni (2004) menționează că:

• la vârsta de 14 ani aproape două treimi din copiii din Québec au băut deja un pahar. Acest lucru înseamnă că există o șansă de 66% ca acesta să fie cazul oricărui copilul, nimeni nu este scutit de pericol și impact.

• rezultatele aceleiași statisticii sunt clare: ele arată că 99% din toți locuitorii Québec-ului au fost de părere că **părinții sunt responsabili** să îi învețe pe copii ce înseamnă consumul de alcool și să le vorbească despre problemele aderente abuzului de alcool, implicații pentru organism.

De regulă părinții nu sunt suficient de conștienți de importanța de a le vorbi copiilor lor despre consumul de alcool, discuție–dialog care dacă se poate desfășura la o vârstă mai mică a copilului va fi, cu atât mai bine, înainte ca problemele să se agraveze iar starea sănătății să se înrăutățească. De asemenea, de multe ori părinții nu realizează că, în opoziție cu mentalitatea populară, ei ar trebui să aibă un rol important pentru a influența deciziile copiilor lor când

e vorba de consumul de alcool şi din ce în ce mai frecvent de droguri ilicite. Ceea ce ei spun şi mai ales ceea ce ei fac este de cea mai mare importanță pentru comportamentul viitor al copiilor.

Există trei principii clare în acest sens:

• **Dorim să oferim părinților informațiile** de care să se folosească pentru a-şi educa în privința consumului de alcool copiii şi pentru a putea acționa adecvat în anumite situații legate de consumul de alcool;

• Noi **nu încercăm să dictăm într-un anumit mod de conduită** pe care părinții să o urmeze. Depinde de ei să decidă dacă le va fi permis consumul de alcool copiilor, la ce vârstă, în ce condiţii şi în ce cantităţi;

• Cu toate acestea, avem o credinţă fundamentală şi o poziție foarte clară: **consumul abuziv de alcool, beția şi intoxicația sunt absolut inacceptabile**. Acestea nu trebuie acceptate în nici o circumstanţă.

În țara noastră după 1990 consumul de alcool este asociat cu drogul, folosirea drogurilor ajunge o realitate crudă cu implicații majore pentru tânăr, pentru familia lui, pentru prieteni, pentru şcoală etc.

Un fenomen devine sigur, şi anume că întrecând măsura o dată înseamnă că poți să îți faci din asta un obicei. Oricare ar fi circumstanțele, **moderația** este întotdeauna cea mai bună.

Se pune problema dacă le este teamă copiilor să vobească cu părinții lor despre băutură?

Te-ai gândit vreodată ce părere au copiii tăi despre toate astea? Ar putea avea încredere în tine şi să-ți vorbească deschis? Sau poate nu. Poate sunt îngrijorați pentru că tu, părintele:

– îți vei face prea multe griji;
– nu-i vei mai lăsa să iasă cu prietenii;
– le vei pune prea multe întrebări;
– ești prea strict și nu înțelegi de ce anume au nevoie copiii de vârsta lor;
– te vei amesteca în treburile lor;
– nu vei mai avea încredere în ei.

Redăm succint câteva sfaturi ale specialiștilor canadieni, convinși fiind că orice informație în plus este oricum binevenită mai ales pentru părinți, pentru adulți.

Nu e niciodată prea devreme

Deseori copiii știu o mulțime de lucruri în plus față de adulți. La vârsta de 6 ani au deja o idee despre ce este acceptat de societate din punct de vedere comportamental pentru adulți cât și pentru copii, când este vorba de alcool. Așa că poți vorbi cu ei despre consumul de alcool la o vârstă foarte mică (experiența canadiană, 2004).

Fii tu însuți exemplu!

În mod firesc, copiii au intenția de a mima comportamentul celor pe care îi văd, ai celor pe care îi iubesc și admiră, mai ales pe cel al părinților lor. Este sănătos să admiteți că obiceiurile voastre de consum de alcool vor fi mai târziu adoptate de copiii voștri? Dacă băutul, în familie, în timpul cinei este o parte a unui mod de viață, din unele țări, zone de pe glob copiii voștri vor crește crezând că acest mod de a consuma alcool contribuie sine qua non la crearea unei ambianțe relaxante, fericite.

Specialiştii sugerează populației să bea cu măsură! Atitudinea părinților va statua un model pentru copiii lor. Dacă părinții, prietenii lor sau alții din cercul vostru se abțin de la băut, le puteți spune copiilor pur şi simplu că aceasta este o alegere personală.

Cum să te porți cu copiii între 8–11 ani?

FII FERM! Nu-ți imagina că la această vârstă copiii nu beau, chiar dacă alcoolul nu este o băutură pentru copii. Doar pentru că tu bei un pahar nu înseamnă că şi copiii tăi o pot face. La o petrecere în familie mezinul îți poate cere să guste, poate insista chiar, sau plânge. Acesta este momentul în care trebuie să luați măsuri clare.

Îi puteți da voie să ia o mică înghițitură din paharul dumneavoastră, astfel încât să nu fie tentat să încerce pe ascuns, când se strâng paharele de pe masă sau când găseşte o sticlă lăsată deoparte. Trebuie ştiut că lăsându-l să guste nu înseamnă că îi dați dreptul să bea!

Încercați să-i explicați pe înțelesul lor diferența dintre a bea moderat şi a face abuz.

Ideea nu este ca voi să renunțați la consumul moderat din cauza copiilor, dar să le arătați că băutul cu măsură este o sursă de bună dispoziție.

Fiecare părinte are de făcut o alegere față de fiecare copil, în funcție de vârsta copilului şi de propriile sale principii. Orice ați alege, rămâneți la această decizie: părinții ştiu să aleagă şi să decidă măsura consumului şi mai ales *actorii* care vor folosi alcoolul ca sursă de relaxare.

Explicându-le motivele deciziei voastre vă veți ajuta copiii să-şi dezvolte abilitatea de a lua propriile decizii.

La petrecerile copiilor, fiți sigur că:

– s-au organizat jocuri şi activități diverse;

– sunt gustări, sucuri şi răcoritoare în cantităţi suficiente;
– un adult este în preajmă (nu necesar prezent permanent, dar întotdeauna în apropiere).

Notăm că **specialiştii** din ţări dezvoltate precum SUA, Canada, **sfătuiesc părinţii să nu lăse niciodată copiii nesupravegheaţi pentru întreaga seară**.

Cum să te porţi cu copiii între 12–14 ani?

○ **FII VIGILENT!**

La această vârsta adolescenţii încep să „experimenteze" şi să „testeze" autoritatea părinţilor. Ei caută să se afirme şi vor dori să încerce să consume alcool pentru a vedea urmările şi ce reprezintă efectiv.

○ **NU VĂ PANICAŢI!**

Dacă descoperiţi că, în ciuda strictelor voastre reguli, copilul a consumat alcool în afara casei, încercaţi să nu vă panicaţi şi să nu faceţi din acest lucru o tragedie. Copiii care vor să încerce să bea nu o vor face în mod sigur acasă sau la şcoală, unde este interzis: o vor face mai mult ca sigur la o petrecere, într-un parc sau acasă la unul din prietenii lor. Pe lângă acestea, părinţii sunt sfătuiţi să **nu considere că tot ce este acceptabil din punct de vedere social pentru adulţi este adecvat şi pentru copil**.

○ **FII FERM!**

Explică-i copilului tău cum afectează alcoolul corpul şi tipurile de riscuri implicate în consumul de alcool. Fii clar în ceea ce privesc aşteptările tale şi stabileşte nişte reguli care să fie rezonabile şi obligatorii. Ai putea chiar încheia un **pact**, exprimând foarte clar punctele **înţelegerii** şi **consecinţele** în cazul în care

copilul nu le va respecta. O dată ce ai făcut o înțelegere cu fiul, fiica ta, fii ferm în ceea ce îi priveşte pe ei.

Dacă în familia voastră minorii şi adolescenții au voie să consume mici cantități de alcool la ocazii speciale, asigurați-vă că ei înțeleg diferența între acele ocazii speciale şi restul timpului.

Cum să te porți cu copiii între 15–16 ani?

o CERCETAȚI-I CU ATENȚIE!

Aceasta este vârsta la care adolescenții se afirmă tot mai mult. Ies cu prietenii mai des, şi sunt presați de unul dintre „liderii" grupului să facă ceea ce fac şi ceilalți. La petreceri, cu siguranță vor vrea să consume bere. Acum este timpul să le amintiți de înțelegerea voastră, dacă ați făcut vreuna. Şi amintiți-vă să o mențineți.

În cele mai multe familii, la ocazii speciale (onomastici, nunți, Crăciunul) alcoolul este o parte a petrecerii şi este foarte strâns legat de plăcere şi relaxare. Cu toate acestea, de voi depinde să decideţi dacă tinerii pot bea şi în ce cantitate.

o SPRIJIN ŞI SUPRAVEGHERE

Fiți întotdeauna la curent cu locul unde se află copiii dumneavoastră, cu cine, ce fac şi cum se poartă. Dați-le **sprijin** prin **supraveghere**. O supraveghere eficientă este cheia unei bune creşteri, mai ales când este vorba de consumul de alcool. Copiii simt că îi monitorizezi, chiar dacă nu eşti în jurul lor. Fii sigur să nu treci limita şi aminteşte-ți să ai încredere în copiii tăi.

Fă-ți datoria, dar fii rezonabil! Aceasta înseamnă să-ți defineşti motivele şi să stabileşti reguli clare, rezonabile şi obligatorii. Aminteşte-ți: părinții care stabilesc limite rămânând calzi şi ascultându-şi copiii în acelaşi timp au mai mult succes în protejarea copiilor de consumul de alcool decât cei care sunt foarte autoritari sau excesiv de îngăduitori.

APARTENENȚĂ

– La vârsta aceasta și uneori mai devreme, cei care beau iau foarte puțin în considerare părerea părinților. Sunt influențați de **publicitatea** care asociază băutura cu starea de bine și se identifică în mod spontan cu acele persoane fericite din reclame ale căror experiențe par să fie la fel de perfecte ca și corpurile lor.

– De asemenea, aceasta este vârsta la care copiii vor să se afirme și fac acest lucru prin conducerea mare viteză a mașinii. Când este adăugat și alcoolul, riscurile ating maximum. Dacă fiii voștri conduc, amintiți-le că pot deține permisul de șofer, dar aceasta le interzice să guste alcool înainte de a se urca la volan.

– Amintiți-vă și că la această vârstă a „rebeliunii" comunicarea cu fiii dumneavoastră poate fi mult mai dificilă din cauza dorinței lor de a se separa de părinți și de a-și **construi propria identitate**.

• În concordanță cu legea din România, tinerilor de până la 18 ani teoretic nu li se vinde alcool și țigări.

FIȚI DESCHIȘI!

Nu vă fie teamă să vorbiți deschis. Doar pentru că sunt la fel de înalți ca voi (sau mai înalți!) nu înseamnă că v-ați pierdut dreptul de a spune ce aveți de spus. Când le vorbiți, fiți sigur că părerile fiecăruia sunt auzite și respectate. Vorbește-le despre ce se poate întâmpla dacă beau la serviciu, la școală, în timp ce fac sport sau, mai ales, în timp ce sunt la volan.

MENȚINEȚI LEGĂTURILE EMOȚIONALE CU EI!

Absența unei legături emoționale între voi și copiii voștri, combinată cu lipsa de sprijin, îi face și mai vulnerabili în fața presiunii colegilor care îi pot influența să bea și să bea prea mult.

Depinde de tine ca părinte să construieşti un echilibru între legătura emoţională şi tipul de independenţă pe care îl doreşti pentru copilul tău.

Redăm succint efectele fiziologice ale alcoolului

Stadiile metabolismului alcoolului la adulţi sunt următoarele:

1) ABSORBȚIA: de îndată ce începeți să beți, alcoolul pătrunde în sânge; este nevoie cam de o oră pentru ca alcoolul să pătrundă în circulația sângelui. Timpul de absorbție a alcoolului în stomac depinde de câtă mâncare s-a consumat. Dacă stomacul e gol, alcoolul va trece în circulația sângelui imediat şi vei simți efectele mai repede.

2) DISTRIBUȚIA: alcoolul este transportat de către sânge către aproape toate țesuturile ce conțin apă, după care este împrăştiat în toate părțile corpului. Cea mai mare concentraţie de alcool se găseşte în creier, ficat, inimă, rinichi şi în muşchi.

3) METABOLISMUL: aproape 90–95% din alcoolul consumat este metabolizat de enzime speciale în ficat. Un ficat sănătos poate metaboliza alcool la rata de circa 15 miligrame la 100 de mililitri de sânge pe oră. Enzimele din ficat despart alcoolul în diferite substanțe, cele mai importante dintre ele fiind acetadelhidele şi acidul acetic.

4) ELIMINAREA: cea mai mare parte a alcoolului este eliminată pe calea rinichilor, în urină. Rinichii elimină de asemenea apă, care explică mărirea cantității de urină şi deshidratarea, care ne provoacă sete. Restul de alcool (5%) este eliminat netransformat prin respirație, transpirație, salivă.

Persoanele care obişnuiesc să bea nu simt efectele alcoolului în acelaşi mod în care le simt persoanele care nu beau aşa de des. Cu toate acestea, cantitatea de alcool din sânge rămâne aceeaşi.

FERIȚI-VĂ DE BĂUTURILE ACCIDULATE!

Şampania, vinurile spumoase şi băuturile carbogazoase amestecate cu alcool **reacționează mult mai repede** pentru că dioxidul de carbon creşte viteza procesului prin care alcoolul este evacuat din stomac. Problema este că băuturile amestecate conțin mai mult zahăr care maschează gustul de alcool devenind mai uşor de consumat de către tineri.

ALCOOLUL ESTE UN SEDATIV

În ciuda efectului de sedativ blând, alcoolul nu este un stimulent: de fapt, el încetineşte activitatea creierului şi reduce tensiunea. Intoxicația cu alcool poate duce la comă sau chiar la moarte, dacă nu sunt luate măsuri prompte (de prieteni, personalul medical). În acest punct nivelul alcoolului în sânge este foarte mare. Efectul toxic al alcoolului cauzează o scădere a temperaturii corpului şi pierderea tonusului muscular. De asemenea, respirația devine mai greoaie.

NU ESTE ACELAŞI LUCRU PENTRU TINERI ŞI PENTRU ADULȚI

Reacția la alcool variază în funcție de mulți factori, printre care: greutatea corporală, regularitatea cu care bei, de numărul de pahare consumate şi de viteza cu care bei. Un tânăr slab care bea destul de rar, şi atunci când o face se îmbată foarte repede. Tinerii nu tolerează alcoolul la fel de bine ca adulții şi nu sunt la fel de obişnuiți cu efectele lui.

ALCOOLUL POATE FI BENEFIC PENTRU TINE

Consumul moderat de alcool (1 sau 2 pahare de vin pe zi), efectuat cu regularitate s-a demonstrat a fi o protecție împotriva problemelor cardiovasculare, mai ales după vârsta de 40 de ani şi există zone pe glob în care această tradiție este mai mult decât o obişnuință. Ea este o practică relativ uzuală. În orice caz, fiecare

persoană este unică şi nu fiecare are o sănătate perfectă. Dacă ai unele întrebări despre acest lucru, consultă-ţi medicul.

DROGURILE ŞI ALCOOLUL SUNT UN AMESTEC UCIGĂTOR!

Amestecat cu medicamente obişnuite sau cu droguri ilegale, alcoolul poate avea un efect dezastruos asupra corpului şi asupra sănătăţii.

DUPĂ CE-ŢI POŢI DA SEAMA CĂ FIUL TĂU, FIICA TA ARE O PROBLEMĂ CU ALCOOLUL?

Fiul tău ajuns la vârsta adolescenţei sau la cea a pre-adolescenţei poate începe să se poarte diferit, dar nu neapărat alcoolul este cauza. Chiar dacă eşti un părinte atent, nu este uşor întotdeauna să-ţi dai seama dacă copilul tău are o problemă serioasă sau este doar o problemă temporară de comportament legată de pubertate, de dragoste sau chiar de suprasolicitare. Dacă nu eşti sigur şi ai probleme să citeşti dincolo de semne, începe prin a vorbi deschis copilului tău. Fii sigur că ai ales momentul potrivit. Sugestiile de genul: „dacă te-ai afla în aceste situaţii, ce ai spune?" vor fi de ajutor (fapt care îl va responsabiliza pe minor).

Un lucru important este să menţi încrederea şi dialogul. Evită să-ţi pui în evidenţă neliniştea supraveghind copilul în continuare.

Iată unele semne de avertizare pe care trebuie să le urmăreşti:

- pierderea vitalităţii, chefului de viaţă dintr-o dată, fără motiv;
- tendinţa de a sta mult timp singur sau închis în cameră;
- întârzieri frecvente;
- dispariţii nejustificate;
- schimbări vizibile în rezultatele şcolare;
- pierderea interesului pentru prieteni, sport, distracţie;
- scăderea poftei de mâncare;
- comportament depresiv;
- visările cu ochii-deschişi excesive;

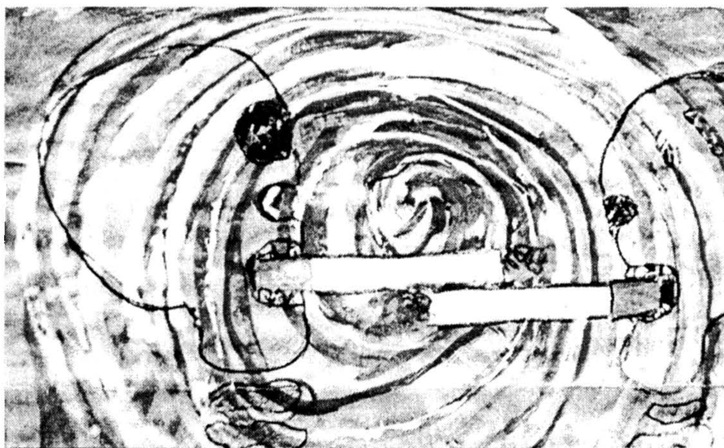
– nervozitate sau oboseală;
– dispariția banilor din portofel (din casă);
– neglijență anormală în privința hainelor și a igienei personale;
– fuga de acasă;
– chiulul sporadic sau pe perioade îndelungate.

Toate aceste semne nu vor apărea neapărat în același timp. Vorbește-i copilului, explică-i ce se întâmplă și ajută-l să-și explice mai bine propriile sentimente și comportamentul.

Dacă este nevoie, nu ezitați să cereți ajutor.

Dacă ai probleme, nu le ține pentru tine. Te-ai putea simți furios, trist sau vinovat. Vorbește despre asta cu cineva care îți este apropiat – un prieten, o rudă care ar putea să te ajute să vezi lucrurile mai clar. Nu ar trebui să eziți să ceri ajutor. Ai niște probleme care îți depășesc abilitatea de a le rezolva pe cont propriu.

Cere ajutor dacă:
– copilul tău are probleme serioase;
– comunicarea nu mai este posibilă, în ciuda eforturilor tale;
– nu mai deții controlul situației;
– ai discutat cu profesorii și nu-și nu-ți pot rezolva problemele;
– situația persistă.



Desen 1

CE AR TREBUI SĂ LE SPUI COPIILOR, INDIFERENT DE VÂRSTĂ?

Ceea ce spui este aproape la fel de important ca şi ceea ce faci. Copiii tăi privesc ceea ce faci şi ascultă ceea ce spui, iar familia este *locul în care învaţă pentru prima oară cum să se poarte.*

VORBIREA DIRECTĂ ESTE CEA MAI BUNĂ

– Puteţi începe să vorbiţi fiilor voştri despre băutură în mod natural, cât mai simplu posibil.

– Nu folosiţi un ton autoritar şi evitaţi să ţineţi predici.

– Fiţi clari şi concişi. Explicaţi-le detaliile legate de consumul de alcool şi discutaţi argumentele PRO şi CONTRA. Nu-i protejaţi pentru că sunt „prea mici", dar nu ieşiţi din rol şi nu ţipaţi de asemenea.

VORBIŢI CALM!

O atitudine relaxantă şi dialogul deschis poate face o diferenţă enormă. Dacă minorii se simt confortabil să vorbească cu voi, veţi fi mai abili să îi ghidaţi în alegerile lor când este vorba de alcool. **Spuneţi-le că pot conta pe voi când vor avea nevoie**. Acest fapt poate fi o sursă importantă de sprijin când vor avea probleme.

CUM SĂ-I SPRIJINIŢI?

Cea mai bună cale de a vă sprijini copiii este să fiţi atenţi şi iubitori şi să le demonstraţi dragostea voastră. Spuneţi-le adesea că îi iubiţi, chiar dacă sunteţi siguri că ei o ştiu. Amintiţi-vă că tinerii care primesc un sprijin semnificativ sunt mai puţin dornici să-şi formeze o obişnuinţă din consumul de alcool.

AR TREBUI SĂ-ŢI „ÎNVEŢI" COPIII SĂ BEA?

Este important ca tineri să ştie că nu trebuie neapărat să bea pentru a se simţi bine. De asemenea, trebuie să ştie că este posibil să bea şi să se simtă bine dacă deţin controlul tot timpul şi dacă asta nu devine o obişnuinţă, care să-l transforme în dependent de alcool.

DACĂ AU DE GÂND SĂ BEA, SPUNE-LE ...

– să mănânce în timp ce beau;

– să nu-şi golească paharul dintr-o înghiţitură;

– să nu se grăbească pentru a putea gusta şi aprecia ceea ce consumă.

VORBEŞTE-LE DESPRE CONSECINŢELE ABUZULUI DE ALCOOL pentru a evita astfel:

– să-şi piardă controlul;

– să facă lucruri pe care le vor regreta;

– să devină violenţi şi să provoace comportament violent între prieteni şi alte persoane;

– să uite ce s-a întâmplat;

– pericolul unui accident, cu maşina;

– să devină bolnav în mod serios;

– să trebuiască să lipsească de la muncă sau de la şcoală;

– să-şi piardă cunoştinţa;

– să nu poată respira şi chiar să moară.



Desen 2

EXPLICĂ-LE CE SE ÎNTÂMPLĂ DACĂ EI BEAU CÂND SUNT TINERI

- *După primul pahar sau două*:

– te relaxezi, devii mai puţin conştient de tine, vorbeşti mai mult;
– te simţi mai puţin stresat;
– devii mai îndrăzneţ şi vrei să fii observat.

- *După mai multe pahare*:

– devii mai sentimental, mai excitat, puţin euforic;
– emoţiile pot ieşi la suprafaţă şi devii foarte sensibil;
– nu te mai simţi tu însuţi.

- *Şi atunci ...*

– ideile tale sunt ascultate mai puţin, nu mai vorbeşti clar, nu mai mergi drept;
– vezi dublu;
– poţi deveni agresiv;
– poţi uita să foloseşti prezervativ şi să sfârşeşti prin a avea relaţii sexuale pe care le vei regreta;
– poţi întrece măsura, te poţi purta ca un inadecvat şi nepotrivit;
– poţi vomita, ataca pe cineva, intra într-o comă alcoolică.

amintim în continuare experienţe privind comunicarea cu tinerii tentaţi să consume alcool şi droguri.

Ce trebuie să le spui celor de 8–11 ani?

DACĂ TE-AI GĂSI ÎN ACESTE SITUAŢII, CE AI SPUNE?

1. Eşti o mamă singură cu doi copii, unul de 9 ani şi celălalt de 11 ani. Este vară şi vecinii tăi invită câteva din familiile vecine la o petrecere, la un grătar. Aceşti vecini sunt foarte relaxaţi în legătură cu băutura, chiar şi faţă de copii, spunând că este mai bine ca, aceştia să bea când părinţii sunt în preajmă.



Desen 3

Desenele (1, 2, 3) considerate de noi sugestive, fac parte dintre lucrările premiate la concursul național pentru elevi și studenți „Mesajul meu antidrog" organizat de Agenția Națională Antidrog – 2004

Atmosfera este distractivă şi prietenoasă. Tuturor li se oferă bere. Copilul tău de 11 ani vrea o bere şi cel de 9 ani vrea să guste. Tu eşti total împotriva acestui lucru. Simți presiunea socială. Gazdele nu văd nimic rău, din moment ce adulții sunt în preajmă. Ceilalți vecini gândesc la fel şi îi lasă pe copiii lor să bea un pahar mic. Nimeni nu este de acord cu tine. Nu este un „caz" este o realitate.

CUM REACȚIONEZI?

Nu este întotdeauna uşor să aperi ceea ce crezi când toți ceilalți din grup par să gândească în alt mod. Câteodată diferențele de opinie sunt ireconciliabile. Mai mult, unii oameni, cu cele mai bune intenţii ca prieteni sau buni vecini, te văd ca „omul ciudat" şi îți dau tot felul de sfaturi de a te confrunta cu această problemă.

Fii fermă! Decizia ta a fost luată. Apăr-o! Spune-le copiilor tăi (din nou) că nu eşti de acord cu această abordare. Reaminteşte-le ceea ce ai spus despre acest subiect şi de înțelegerea voastră (dacă ai una cu ei!). Spune-le că nu te-ai răzgândit.

Nu este timpul să le ții un discurs despre pericolele produse de alcool, ei probabil nu vor asculta. Nici nu este timpul să ții o prelegere celorlalți adulți despre moderare.

Cel mai important, vorbeşte cu fii tăi acasă înainte ca situații de genul acesta să apară. Ei vor şti exact ce vrei şi vor înțelege ce aştepți. Asta te va ajuta să nu ai surprize neplăcute. În plus, atitudinea ta clamă nu va trece neobservată de vecinii tăi, vor vedea că nu ai de gând să te răzgândeşti.

Poți să explici motivele tale gazdelor, dacă tu crezi că vor fi primite bine şi diferențele de opinie vor fi respectate. Dar nu-ți pierde timpul justificându-te!

Odată ce ai ajuns acasă, simte-te liberă să discuți incidentul cu copiii tăi şi aminteşte-le că ceea ce crezi este acceptabil şi de ce nu eşti de acord cu băutura, la fel ca şi consecințele încălcării regulilor tale.

Explică-le motivele şi pune-le întrebări ca să te asiguri că au înțeles clar. Această discuție le va da şansa să se simtă şi ei înțeleşi. În final, nu-ți fie frică că ai să rupi relația pe care o aveți.

Spune-le direct că înțelegi cât de greu este să spui „Nu”, şi apoi adaugă că n-au de ce să se justifice sau să se explice în fața lor. Încrederea pe care o ai în fiecare este mai importantă decât orice. Şi aminteşte-ți: rămânând plin de afecțiune chiar şi atunci când exerciți controlul duce la comunicare dinamică între părinți şi copii.

Poartă-te sincer şi cinstit pentru a promova dialogul.

Nu crede că vor avea încredere în tine şi în ceea ce spui dacă ai o atitudine negativă.

2. Observi că lichiorul din sticle şi-a redus nivelul, deşi nu ai băut. Verifici, şi descoperi că fiul tău de 10 ani a băut pe furiş.

Vei accepta lucrul acesta?

Totul ține de tine. Totuşi, deşi eşti nervoasă, încearcă să rămâi calmă când vorbeşti cu fiul tău. Numai tu ştii ceea ce i-ai spus despre consumul de alcool. Repetă-ți explicațiile. Dacă este necesar, începe să-i explici imediat dacă încă nu ați discutat.

Pune-i întrebări pentru a fi sigură că a înțeles. Fii fermă, dar delicată. Nu îl speria dar nici nu ceda.

Încearcă să afli de ce bea în secret în felul acesta. Nu te pripi să tragi concluzii. Doar pentru că a făcut asta, nu înseamnă că ai un viitor alcoolic în fața ta. Poate fi doar o mică bravură. Poate se gândeşte că eşti prea dură şi îi este frică de reacția ta dacă spune că vrea dor să vadă ce gust are. Unii părinți le permit copiilor lor să guste puțină bere sau vin când sunt ei în preajmă, în speranța că aceasta îi va împiedica să încerce în secret.

Stă în puterile tale să-şi conturezi comportamentul. Încearcă să menții dialogul şi fii vigilent. Aminteşte-ți, de asemenea, o strictețe prea mare poate provoca serioase rebeliuni şi purtări/reacții agresive care pot sfârşi prin băutură excesivă.

DACĂ TE-AI GĂSI ÎN ACESTE SITUAŢII, CE AI SPUNE?

1. Vecinul tău îţi spune că uneori când nu eşti permanent în familie în week-end, copiii tăi de 12, respectiv 14 ani îşi invită prietenii la ei. Ei aduc bere şi lucrurile devin gălăgioase (zgomotoase). Ei nu-i dau atenţie celui mai mic, de 8 ani, care trebuie să accepte situaţia. Pentru că fii au făcut curat atât de bine, niciodată n-ai suspectat nimic.

CE REACŢII AI?

Aceşti copii nu sunt destul de maturi pentru a bea băuturi alcoolice şi este ilegal pentru oricine să le vândă alcool. Aceasta înseamnă că şi-au făcut rost de beri ilegal sau adulţii le-au dat.

Este timpul unui **dialog sincer** cu fii tăi. Nu este o idee proastă să vorbeşti cu toţi trei la un loc.

Recunoaşte că vârste diferite înseamnă comportamente diferite. Ascultă-ţi copiii chiar dacă se contrazic între ei, devin nervoşi sau agresivi. Ei se vor simţi ascultaţi.

Menţine controlul situaţiei, dar rămâi calm.

Nu te vor ajuta la nimic să ridic tonul vocii; vor ridica şi ei tonul şi comunicarea va fi mai dificilă.

Spune-le tinerilor că eşti de acord să bea, dar cu rezerve. Explic-le diferenţa între comportamentul de zi cu zi şi evenimentele familiale speciale când îi laşi să guste din băutura ta, dacă vrei.

Oferă-le suportul tău şi spune-le să evite să încerce să facă tot ceea ce fac ceilalţi, imitându-i, arătându-le că pe când mulţi din copiii de vârsta lor beau ilegal, totuşi foarte mulţi nu o fac. Spune-le să sugereze prietenilor să facă altceva în afară de băut. Dacă unii refuză, copiii tăi ar trebui să-i roage să plece.

Poți să stabilești consecințe dacă ei nu vor urma regulile (consecințele pot fi diverse, ex.: restricționarea televizorului, interzicerea anumitor lucruri plăcute făcute de ei etc.).

Această experiență te șochează făcându-te să realizezi că trebuie să fii foarte atent la copiii tăi. Ei cresc: vor să experimenteze noi senzații, să se poarte mai maturi și imită adulții. Trebuie să decizi dacă trebuie lăsați singuri când ești plecat.

Poate vrei să vorbești cu părinții prietenilor celor doi copii mai mari. Ei poate simt la fel ca tine și poate veți lucra împreună la asta. Dacă nu este cazul, mai bine să găsești o modalitate pentru a ține pe copiii tăi mai departe de ceilalți care au o influență proastă.

Alege momentul potrivit să vorbești cu ei. Ascultă-i și fiii calm.

Nu aduce vorba despre problemă la micul dejun chiar atunci înainte ca toți să plece.

Nu vorbi numai tu și mai ales nu face morală.

2. Copilul tău de 13 ani se duce foarte des acasă la prietenul său cel mai bun. Afli că părinții prietenului său au probleme grave în privința consumului de alcool. În cercul tău de prieteni și în familie, oamenii beau moderat și nimeni nu are nici o problemă cu băutura. Nu vrei ca fiul tău să se confrunte cu aceasta la vârsta lui.

CUM TE MOBILIZEZI?

Aceasta este o situație delicată nu numai din cauză că este fiul tău implicat, dar se poate ca prietenul lui să aibă și el probleme. Poți să-i interzici fiului tău să-l vadă pe prietenul lui, ceea ce nu va fi ușor pentru nici unul din ei, sau să stai jos alături de fiul tău și să-i explici ce se întâmplă când oamenii abuzează de alcool (vezi efectele psihologice ale alcoolului).

Sugerează-i că se pot întâlni numai acasă la tine. Soluția aceasta poate fi o ușurare pentru fiul tău: situațiile jenante și dificile pe care le are de suportat prietenul lui probabil îl fac și pe el incomod.

Nu toți copiii alcoolicilor devin alcoolici şi ei, şi opțiunea poate ajuta prietenul fiului tău să se simtă înțeles şi respectat, în ciuda problemei sale.

Ce trebuie să le spui celor de 15–16 ani?

DACĂ TE-AI GĂSI ÎN ACESTE SITUAȚII, CE AI SPUNE?

1. Fiica ta de 16 ani vine de la o petrecere şi îți spune că unii copii s-au îmbătat şi a fost o bătaie şi s-au spart pahare. Unii au vomitat şi o fată s-a îmbătat atât de tare că a leşinat. Ei i-au pus un prosop cald pe frunte. Fata ta nu a băut, nu i-au plăcut astea şi s-a simțit incomod neştiind ce să facă.

CE AI SPUNE?

Trebuie să te bucuri că fiica ta îți spune astea; arată că între voi există **încredere şi comunicare**. Nu-i interzice să-i vadă pe acei oameni din nou sau nu încerca s-o îndepărtezi de prieteni. Ai încredere în ea în continuare. S-a purtat bine şi ar trebui s-o încurajezi să continue să facă aşa. Pe lângă acestea, nu o respinge în timp ce gaşca iese de sub control. Ei sunt foarte importanți pentru ea.

Ajut-o să găsească soluții pentru a se confrunta cu situații la care se simte incapabilă să le rezolve.

Sugerează-i modalități de a refuza petreceri unde se bea foarte mult, sau să plece dacă lucrurile iau o întorsătură rea. Din moment ce ea nu bea, ea trebuie să spună simplu „nu" – natural, dar ferm – când i se oferă alcool. Tot ceea ce trebuie să spună este că nu vrea: nu este nevoie de o altă explicație sau justificare.

Trebuie să fie capabilă să se bucure de petrecere fără consumul de băuturi alcoolice, respectând în acelaşi timp pe cei din grup care beau. Este important pentru ea să exprime ceea ce vrea cu adevărat.

Dacă copiii cu are iese beau prea mult şi devin proşti şi neglijenți, poate să se alăture altui grup de prieteni care gândeşte mai mult ca ea şi sunt de acord cu alegerile ei. La petreceri, tinerii dansează, mănâncă, vorbesc şi se bucură socializând. Devine dificil, dacă nu imposibil, să vorbeşti cu oamenii care beau prea mult.

Dar ea le poate arăta că comportamentul lor o deranjează.

Mai târziu, când ei sunt treji, poate să vorbească cu ei din nou, dacă vrea.

Dacă lucrurile se deteriorează, trebuie să fie capabilă să-i părăsească. Spune-i:

– să sune şi vei veni să o iei;

– pe cine să sune dacă nu eşti acasă;

– când să sune la ambulanță (fata care leşinase era în pericol, şi prietenii ei ar fi trebuit să o ştie).

Fii sigură că fiica ta este de acord cu soluțiile sugerate şi că le-ar folosi.

Dacă fiica ta se găseşte într-o situație similară din nou cu acelaşi grup de copii, trebuie s-o ajuți să-şi găsească alte activități sau altă gaşcă. Ține de tine să decizi dacă ceilalți părinți trebuie contactați. Fiica ta trebuie să ştie că eşti acolo pentru ea şi că poate conta pe tine.

DA: Întreabă-ți copiii cum se simt în grupul lor. S-au simţit vreodată penibili pentru că nu beau? Au fost tachinați pentru că au ales să nu bea? Aşteaptă-le răspunsurile şi nu lua concluzii pripite.

Nu exclama: „Ți-am spus eu".Ascultă cu răbdare şi nu interveni brusc cu obiecțiile tale odată ce auzi ceva cu care nu eşti de acord.

2. Recent, fiul tău de 15 ani a fost la o petrecere cu nişte prieteni de la şcoală. Îți cunoşti bine fiul şi ți-ai dat seama că pare schimbat de atunci. Vorbeşti cu el şi afli că, la această petrecere, aproape toți au băut. Fiul tău a băut doar odată, dar a fost o presiune foarte mare pe le pentru ca să bea mai mult, mai ales din partea celui mai bun prieten. Acum îşi face griji de fiecare dată când este

o petrecere, aflându-se între dorința de a fi cu prietenii săi și presiunea îndreptată către el pentru a bea și el cu ei.

CE AFIRMI?

Cunoaște-i prietenii și pe părinții lor, și fii conștientă unde este – și cu cine – tot timpul. Află ce face și cum se poartă.

Chiar dacă ai un program încărcat, găsește-ți timp să vorbești cu fiul tău și spune-i că ești disponibilă dacă are nevoie de tine; trebuie să-l asigură că între voi este un climat deschis și de încredere.

Orice ai face, nu face remarci jignitoare despre prietenii lui și nu îi judeca până nu îi știi. Încurajează-ți fiul să iasă cu copii ai căror părinți au atitudini similare cu ale tale. Nu trebuie să fii prieten cu părinții; vrei doar să eviți conflictele care pot crea situații dificile.

La petrecerile care nu sunt acasă, asigură-te că un adult este prezent și că copiii nu sunt de capul lor. Nu fii timid: sună acasă și află singur, chiar dacă copiii te roagă să nu faci asta și se simt stingheriți la gândul pe care îl vor avea prietenii despre ei, sau despre tine. Explică-le de ce suni și nu te lăsa convinsă. Vorbind cu părinții ceilalți și cu tinerii despre ceea ce te interesează poate fi de ajutor și te poate reasigura.

Ce trebuie să le spui celor de 17–18 ani?

DACĂ TE-AI GĂSI ÎN ACESTE SITUAȚII, CE AI SPUNE?

1. Noaptea absolvirii vine și te gândești dacă ar trebui să suni părinții la care se va duce fata ta după dans, să le vorbești despre băutură și ce ar trebui să facă. Fiica ta spune că nu mai este un copil și sigur nu vrea să suni. În timp ce ea este afară, suni mama celeilalte fete. Ea spune că nu este îngrijorată în privința asta: dacă copiii beau prea mult, ea și soțul ei nu îi va lăsa să plece și vor dormi la ei.

CE SPUI?

Perioada absolvirii este oriunde şi oricând un mare eveniment şi duce la multă distracţie. Cele mai multe petreceri nu se termină într-o beţie pentru toţi. Adevărat, câteodată copiii trec limita şi au loc accidente.

De aceea, trebuie să vorbeşti cu fiica ta despre acestea. Unii tineri promit să nu bea prea mult. Dacă ea este unul dintre ei, întreab-o ce simte în legătură cu promisiunea i: dacă se simte penibilă nefăcând ca ceilalţi care plănuiesc să bea foarte mult; dacă este îngrijorată că vor râde de ea. Fii sincer şi deschide dialogul.

Nu-ţi fie frică să-ţi exprimi grijile. Spune-i la ce te aştepţi de la ea. Spune-i să te sune dacă îi este frică că ceilalţi nu vor fi capabili să o aducă acasă. Desigur, dacă nu cumva vrei să doarmă la prietenul său. Este o diferenţă între acest tip de invitaţie şi dormitul la un prieten, de zi cu zi.

Poate ai motive serioase ca să vrei să vină acasă după ce petrecerea s-a terminat.

Îţi cunoşti fiica şi ştii cât de strictă a trebuit să fii cu ea. Nu-ţi fie frică că punându-i o limită vei face o prăpastie între voi. Unii părinţi, chiar cu copii tineri, spun „da" la tot şi ţin opiniile pentru ei de teamă ca copiii lor să nu-i iubească la fel de mult sau că ei vor creşte despărţiţi foarte repede. Faptul este că copiii şi tinerii au nevoie să li se aprecieze structura şi să fie ghidaţi, chiar dacă ei nu realizează. Totuşi, încearcă să fii fluibil şi fii pregătit să faci compromisuri rezonabile.

Au fost introduse soluţii pentru a preveni dezastre din timpul nopţii absolvirii. La un liceu, în timpul unui banchet, directorul s-a dus la fiecare masă şi le-a dăruit fiecărui student un mic pachet conţinând 25 de cenţi. Era un gest simbolic, desigur, dar toţi au înţeles. La alte şcoli, copiii au închiriat autobuze pentru a-i duce înapoi la şcoală după dans, şi părinţii lor i-au luat de acolo. Unii părinţi le-au dat copiilor telefoane mobile ca să poată să sune dacă au nevoie.

2. Fiul soțului tău s-a dus la o petrecere din campusul colegiului său sâmbăta trecută. Ai aflat de la alt părinte că a băut foarte mult, a leşinat şi a căzut jos. Când s-a întors a vomitat şi s-a simțit rău. Fiul acestui părinte l-a adus acasă. Dormeai şi nu ți-ai dat seama. Următoarea dimineață, băiatul nu a spus nimic. Când ai aflat, i-ai spus soțului tău, pentru că ai considerat că el trebuie să vorbească cu fiul său. Soțul tău a reacționat urât, convins că un astfel de lucru nu i se putea întâmpla fiului său.

CE AI SPUNE DACĂ AI FI TATĂL?

Este mai bine să te confrunți cu faptele: copilul a băut prea mult şi s-a îmbătat. Când te vei simți în stare să stai de vorbă ar trebui să discuți calm cu el. Încearcă să afli exact ce s-a întâmplat. Ascultă-i versiunea poveştii. Poate a fost sub o mare influență din partea prietenilor săi şi a vrut să-i impresioneze. Poate a fost pentru prima oară când a băut, sau poate a mai băut şi înainte dar nu ai ştiut. Fii sigur că înțelegi toate evenimentele şi circumstanțele.

Fără să-ți asumi o vină care nu este necesară, întreabă-l dacă l-ai informat corect în legătură cu ce se întâmplă dacă bei prea mult. Explică-i (din nou, dacă este necesar) efectele alcoolului asupra corpului. Ce se va întâmpla cu el va depinde nu numai în funcție de cât va bea, dar şi de cât de repede va bea, cât de obosit este, de cât cântăreşte etc. O persoană tânără care nu este obişnuită să bea se va îmbăta repede, mai ales pe stomacul gol (vezi Efectele fiziologice ale alcoolului, cu el).

Poți să-i dai sfaturi fără să-l cerți. Probabil se simte destul de rău şi nu are nevoie de o altă mustrare. Are nevoie de suportul tău, care îl va simți din conexiunea plină de dragoste dintre voi. Adolescenții care se simt apropiați de părinții lor se identifică cu ei şi sunt mai puțin expuşi pericolelor.

Toxicomania şi abordarea transgeneraţională

Încercăm să prezentăm experienţa unei tinere cercetătoare* în domeniul toxicodependenţei, întrucât noutatea domeniului este absolut încurajatoare. Aceasta se referă la abordarea familiei din perspectivă sistemică.

Abordarea transgeneraţională vizează dinamica inconştientului familial, conţinuturile sale şi mecanismele de transmisie a acestora în context sistemic. Astfel că viziunea psihanalitică şi viziunea sistemică se întrepătrund într-o singură abordare.

Cel care vorbeşte primul despre inconştientul familial şi grupal este J. L. Moreno. Sociomatricea concepută de el a stat la baza construcţiei genosociogramei, instrument de bază în abordarea transgeneraţională. Genosociograma a fost dezvoltată,plecând de la concepţiile lui Moreno, de Henri Collomb. „Genosociograma permite o reprezentare sociometrică (afectivă) bazată pe arborele genealogic cu caracteristicile sale de nume, prenume, locuri, date, repere, legături precum şi cu principalele evenimente de viaţă: naşteri, căsătorii, decese, maladii importante, accidente, ocupaţii etc." (Schützenberger, 1993).

Drd. Denisa Stoica, Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei Universitatea din Bucureşti.

Deosebit de importantă considerăm posibilitatea de a identifica scenarii familiale transmise inter- şi transgenerațional, plecând de la genogramă.

Din perspectivă transgenerațională, toxicomania poate fi o manifestare a **„umbrei familiale"**, dar şi un simptom cu funcție foarte importantă în menținerea echilibrului familial. Acest simptom poate fi corelat cu **scenarii** şi **teme familiale** care se transmit transgenerațional.

Identificarea miturilor şi ritualurilor specifice unei familii, identificarea tipului de loialitate familială şi a secretelor corelate cu acestea ne permit o evaluare a dinamicii inconştiente în familie, o analiză a rolurilor şi mecanismelor care ermit ca scenariul familial să se deruleze şi să se transmită transgenerațional. Miturile şi ritualurile familiale, loialitatea familială, secretele familiale, „cripta" şi „fantoma" sunt repere în funcție de care semnificația toxicomaniei poate căpăta alte nuanțe.

Mitul familial este unconcept foarte important în abordarea transgenerațională, introdus de Ferreira şi J. Bying Hall. După ei, miutl este un discurs unitar care acordă tuturor membrilor familiei roluri rigide. Ele pot fi înțelese ca echivalente, la nivel sistemic, cu mecanismele de apărare la nivel individual. Sunt numeroase şi diferite, specifice pentru fiecare familie.

Sunt autori care afirmă că **prin modul de a funcționa şi de a circula din generație în generație, mitul familial participă la crearea şi întreținerea relațiilor-capcană.**

În activitatea noastră complexă cu familiile toxicomanilor am identificat modalități de comunicare, ce corespund unor relații-capcană ce întrețin patologia familială. Toată această „condiționare" inconştientă îi aruncă pe membrii familiei în participarea la aceste relații-capcană, care au rădăcină adâncă în inconştient.

Scenariile-capcană, ca şi **relaţiile-capcană au o dinamică a lor. Scenariul-capcană este un proces interacţional cu potenţial patogen, greu destructibil şi cu funcţie de prezervare a mitului familial** (apud Denisa Stoica, 2002).

Caracteristicile scenariilor-capcană au la bază faptul că:

- se întemeiază pe fenomene ce ţin de inconştientul familial;
- se menţin numai în măsura în care sunt confirmate;
- sunt transmisibile, la nivel inconştient, intergeneraţional şi transgeneraţional;
- sunt rigide şi greu destructibile putând avea ca efect deturnarea de la creştere;
- rolurile pe care se întemeiază scenariile-capcană sunt foarte bine conturate la nivel inconştient, fiind confuze şi neclare la nivel conştient;
- graniţele intergeneraţionale sunt confuze, iar riscul de transmitere şi menţinere este crescut.

Abordarea transgeneraţională a familiei toxicomanului s-a centrat în special pe repetiţia transgresiunii în astfel de familii, pe manifestarea „criptei" şi „fantomei". Noi ne-am centrat pe identificarea unor scenarii-capcană specifice unor astfel de familii, transmise inter- şi transgeneraţional. Scenariile-capcanăs unt întreţinute de relaţii-capcană care au asociate anumite roluri de cele mai multe ori rigidizate.

Încă nu există o tipologie clară a familiei toxicomanului. Luigi Cancrini încearcă o tipologie fără criterii prea clare, dar un punct de vedere se referă la psihodinamica individuală, respectiv la tipul de suferinţă psihică care este asociată cu folosirea drogului.

Concluzii

• Persoanele dependente de alcool şi droguri ilicite, sunt mult mai pregnent devalorizate, respinse, rejectate dispreţuite de către cele care manifestă acelaşi tip de comportament adictiv, în comparaţie cu grupul non-dependent care se dovedeşte a fi mai tolerant. Atitudinea acestora din urmă îmbracă forma unei indiferenţe asociată cu dezamăgire şi dispreţ, alături de ignorarea sau chiar respingerea modalităţilor acţionale prosociale.

• La nivel naţional, nu există încă bine structurată o reţea competentă de centre şi organizaţii guvernamentale sau non-guvernamentale care să se implice activ în proiecte de prevenţie a abuzului de alcool şi droguri sau proiecte care să vizeze facilitarea şi optimizarea procesului curativ şi integrarea socială a persoanelor dependente de alcool care sunt în etapa curativă.

• Rezultatele obţinute ca urmare a unor investigaţii psihoclinice sunt raportate doar la specificul personalităţii morbide a persoanelor dependente de alcool şi internate pentru a urma o cură terapeutică. Nu se pot extinde aceste rezultate, asupra persoanelor dependente de alcool, drog, care nu sunt internate sau a celor care îşi neagă adicţia de oricare fel deoarece în loturile de subiecţi nu sunt prezente şi astfel de patternuri personologice).

• Dacă o persoană care a manifestat un comportament adictiv este pregătită să-şi modifice paternul maladiv afectiv, cognitiv şi acţional într-unul sanogen, dar este întâmpinată de prejudecăţile şi

etichetările sociale cu privire la capacitățile de care dispune pentru realizarea acestui deziderat, atunci, conform fenomenului social al „profeției autoîmplinite" și având un fond pregnant de vulnerabilitate emoțională este foarte posibil să ajungă la recăderi repetate. Acestea nu vor face altceva decât să-i diminueze încrederea în propriile capacități adaptive și rezolutive și să faciliteze accentuarea unei dispoziții depresive (care nu este exclus să fi fost deja prezentă la nivelul personalității premorbide).

• Intervențiile terapeutice cu caracter individual nu își vor proba eficiența atâta timp cât la nivelul societății nu există o convergență a opiniilor referitoare la adicția alcoolică, a dependenței față de droguri „tari și slabe", la valențele și implicațiile sale și la posibilitățile curative. Aceasta nu este posibilă decât în condițiile în care se stimulează și apar ca un program coerent de politici sociale care să aibă drept obiective promovarea, prin proiecte educaționale, a unei atitudini suportive, deschise și realiste vizavi de integrarea, valorificarea și susținerea psihosocială a acestor persoane, dar mai ales a prevenției consumului excesiv de alcool, la toate categoriile de vârstă și în toate clasele sociale.

• Suntem de părere că societatea în care trăim trebuie să dea dovadă de mult mai multă toleranță față de grupurile defavorizate în care includem dependenții (de alcool și drog) pentru că indirect aceste grupuri influențează și sănătatea noastră a tuturor. Sunt persoane ca și noi ceilalți care au nevoie să le fie respectate drepturile.

• Drogurile duc la o imagine de sine foarte scăzută. Aceste persoane care se droghează, chiar dacă la prima vedere dau impresia că au totul sub control și că nu consideră un lucru rău utilizarea drogurilor, se consideră de fapt „ultimii oameni".

• Considerăm că o intervenție psihoterapeutică ar fi foarte necesară, în primul rând pentru tendințele puternic accentuate pe care le au și în al doilea rând pentru suportul moral și psihic de care au atâta nevoie și fără de care nu pot ieși din „cercul vicios" în care se învârt: droguri, sex comercial, violență, furt, delicvență.

Bibliografie

1. Auderset, Marie-Jose; Held, J. B.; Bloch-Laine, J. F. – *Les Drogues – un piège*, Ed.France Loisires, Paris, 1999.
2. Baechler, J. – *Grupurile și sociabilitatea*, în R.Boudon (coord.), „Tratat de sociologie", București, Ed. Humanitas, 1992, pp. 64–91.
3. Bandura, A. – *social Foundations of Thought and Action*, Engelwood Cliffs, N.Y., Prentice Hale, 1986.
4. Berger, L. – *Drug abuse: the impact on society*, N.Y., 1988.
5. Brown, J. M. & Miller, W. R. – *Impact of motivational interwing on participation and outcome in residential alcoholism treatment*, Psychology of Addictive behaviors, 7, 211–218, 1993.
6. Butler, C. C. & Rollnick, S. – *Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: A randomised trial*, British Journal of General Practice, 49, 611–616, 1999.
7. Chelcea, S. – *Personalitate și societate în tranziție*, București, Soc. Științifică și Tehnică, 1994.
8. Chopra, Deepak – *Comprotamente dependente*, București, Ed. Curtea Veche, 2003.
9. Ciolompea, Teodora; Andrei C.; Niculae, Ioana; Serban, M.; Stoica, Denisa – *Manual pentru părinți. Metode de prevenire, depistare și intervenție în cazul adolescenților care consumă droguri sau sunt în pericol de a o face*, Salvați Copiii, București, 2002.
10. Cusson, M. – *Devianța*, în R. Boudon (coord.), „Tratat de sociologie", București, Ed. Humanitas, 1992, pp. 439–472.
11. *Diagnostic and Statistical Manual of Mintal Disorders*, 4-th Edition American Psychiatric Association, 2000, Washington D.D.
12. DiClemente, C. C. & Story, M. – *On a roll: The process of initiation and cessation of problem gambling among adolescents*, Journal of Gambling Studies, 16(2/3), 289–313, 2000.

13. Drăgan, J. – *Drogurile în viața românilor: pagini dintr-o serie inedită*, București, Ed. Magicart Design, 1996.
14. Drăgan, J. – *Dicționar enciclopedic de droguri*, București, M. I., 1991.
15. *Drugs*, Society and Human Behavior, Eight edition Oakley Ray and Charles Ksir, WCB/Mc Graw-Hill, 1999.
16. Elias, J. Maurice; Tobias, E. Steven; Friedlander, S. Brian – *Stimularea inteligenței emoționale a adolescenților*, București, Ed. Curtea Veche, 2003.
17. Elkaim, Mony – *La thérapie familiale en changement*, Synthelabo, 1999.
18. Férreol, G.. (coord.) – *Adolescenții și toxicomania*, Iași, Ed. Polirom, 2000.
19. Férreol, G.. (coordl) – *Adolescenții și toxicomania*, Ed. Polirom, Iași, 2000.
20. Golu, M. – *Dinamica personalității*, București, Ed. Geneze, 1993.
21. Golu, P. – *Fundamentele psihologiei sociale*, București, Ed. Ex Ponto, 2000.
22. Gorgos, C. – *Vademecuum în psihiatrie* (red. C. Gorgos), Ed. Medicală, București, 1989, selctiv.
23. Hellinger, Bert; Hovel, Gabrielle – *Constellations familiales*, Les Souffle d'Or, 2001.
24. Holdevici, Irina – *Psihoterapii scurte*, București, Ed. Ceres, 2002.
25. Khantzian, E. J.; Kibel, H. D. & MicAuliffe, W. E. – *Addiction and the vulnerable self*, N.Y., Gulford Press, 1990.
26. Klein, H. – *Dependența de alcool. Consilierea familiei*, Sibiu, Ed. Hora, 1999.
27. Luca, A. – *Carl Rogers și Terapia Centrată pe persoană*, în Mitrofan, Iolanda (ed.), „Orientarea experiențială în psihoterapie”, București, Ed. Sper, 2000.
28. *Manual de diagonstic și statistică a tulburărilor mentale*, Ed. a IV-a revizuită, DSM IV – TR – 2000 – Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București, 2002.
29. Marlat, G. A.; Gordon, J. R. (eds.) – *Relapse prevention*, Guilford Press, N.Y., 1985,
30. Mattano, R. A. & Yalom, I. – *Approach to chemical dependency: Chemical dependency & interactive group – a synthesis*, International Journal of Group Psychotherapy, 41(3), 269, 294, 1991.
31. Mc Goldrick, Monica; Gerson, Randy – *Genogrammes et entretien familial*, ESF, Paris, 1990.
32. *Measures for clinical practice*, A Sourcebook, Couples, Families, Children, vol. 1, The Free Press, 1994.

33. Mihăilescu, I. – *Familia în societățile europene*, București, Editura Universității București, 1999.
34. Miller, R. W.; Rollnick, S. – *Motivational interviewing – second edition, Preparing people for change*, The Guiford Press, N.Y., 2002.
35. Mitrofan, Iolanda; Vasile, Diana – *Terapii de familie*, București, Ed. Sper, Colecție Alma Mater, 2001.
36. Patterson, Vicki – *Drug Trening*, Travistock Routledge, 1998.
37. Porot, A.; Porot, Maurice – *Toxicomaniile*, București, Ed. Științifică, 1999.
38. Potschka-Lang, Constanze – *Constellations familiales: guérir le transgénérationel*, Le Souffle d'Or, 2001.
39. Prelipceanu, D.; Mihalcea, Carmen; Simache, D.; Ezechil, Denise – *Ghid de tratament în abuzul de substanțe psihoactive*, București, Ed. Infomedica, 2001.
40. *Principles of Drug Addiction Treatment NIDA-NIH 1999.*
41. Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. – *Standardized individualized, interactive and persoanlized self-help programs for smoching cessation*, Heat Psychology, 12, 399–405, 1993.
42. Rășcanu, Ruxandra – *Neuropsihofiziologia devianței la adolescenți și tineri*, București, Ed. Actami, 1999.
43. Rășcanu, Ruxandra – *Psihologia comportamentului deviant*, Ed. Universității din București, 1994.
44. Rășcanu, Ruxandra; Zwai Mirela – *Psihologie și psihopatologie în independenței de drog*, Ed. Ass Docenți, Bucucrești, 2002.
45. Rieth, E. – *Alcoolismul – o boală?*, Ediția I, Sibiu, Ed. Hora, 1999.
46. Ross, Campbell – *Copiii noștri și drogurile*, București, Ed. Curtea Veche, 2001.
47. Tisseron, Serge; Torok, Maria; Rand, Nicolas; Nachin,C.; Hachet, P. – *Le psychism à l'épreuve des générations* (Clinique du fantome), Dunod, Paris, 1995.
48. Vannicelli, M. – *Group therapy aftercare for alcoholic patients*, International Journal of Group Psychotherapy, 41, 295312, 1988.
49. Vrași, R. – *Alcoolismul – detecție, diagnostic și evaluare*, Timișoara, Ed. Timpolis, 2001.
50. Zlate, M. (coord.) – *Psihologia vieții cotidiene*, Iași, Ed. Polirom, Collegium, 1997.





Tiparul s-a executat sub c-da nr. 1230/2004 la
Tipografia Editurii Universității din București

DATA RESTITUIRII		
19. NOV. 2019		
20. NOV. 2019		
20. FEB. 2020		
25. NOV. 2024		



ESTITUIRII

+ 11	6 DEC 2010	14 MAI. 2012
		09. IUN. 2012
19. MAR. 2008	28 MAR. 2011	
11 MAI 2008	7 MAI. 2011	IAN. 3
04 IUN. 2008	10. MAI. 2011	IAN. 3
19 NOV 2008		2. IAN. 3
12. IAN. 2009	IAN. 2012	19. MAR. 2013
	3. FEB. 2012	22 MAI. 2013
08. IAN. 2010	7 FEB. 2012	22 MAI. 2013
	23 FEB 2012	
03 MAR. 2010	14 MAR. 2012	11 III 2014
15 NOV 2010	3. APR. 2012	18
	20 APR 2012	9.04.2014